BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Imprimerie de Hennuyer et Ce, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

FONDÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES.

E. DEBOUT, D. M.,

RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME TRENTE-QUATRIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1848

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA THÉRAPEUTIQUE ET DE SES PROGRÈS.

Plus on réfléchit à l'ensemble des parties qui constituent la science, aux évolutions progressives qu'elle a subies dans les âges, et plus on conçoit que la thérapeutique en est la branche la plus essentielle. Toutes les autres parties de la médecine n'en sont pour ainsi dire que les moyens et les accessoires. La thérapeutique, en effet, est la base de la science, le but auquel il faut tendre continuellement, le point final où convergent les recherches, les observations, les expériences, les faits vus sous certains rapports. Qu'est-ce que l'anatomie? qu'est-ce que la physiologie? qu'est-ce que l'hygiène elle-même? des matériaux pour la thérapeutique, et rien de plus; car c'est là l'objet principal: aussi cette partie de la science a-t-elle un synonyme dont l'expression est aussi vraie qu'énergique, c'est l'*art de guérir*. En effet, le traitement n'est-il pas la question capitale vers laquelle convergent toutes les autres? D'ailleurs pour se convaincre de l'extrême importance de la thérapeutique, il n'y a qu'à suivre les modifications qu'elle a éprouvées à travers les phases et les révolutions de la science. C'est elle qui en porte, pour ainsi dire, l'empreinte la plus formelle, la plus caractéristique. On sait, en outre, avec quel soin jaloux les systématiques, toujours prêts à faire violence aux faits en faveur de la tyrannie d'une idée, l'ont appréciée, cultivée par les applications de leurs principes et de leurs dogmes. L'histoire de la thérapeutique est l'histoire même de la médecine; nous dirons plus, c'est que les idées les plus nettes, les plus positives qu'on a de la

science médicale dans le monde, tiennent à la thérapeutique, parce qu'on ne juge notre art que par les résultats, et rien n'est plus juste.

Mais si la thérapeutique est la base de la médecine, elle-même repose sur les indications, que Philippe Hecquet appelait *la moelle de la pratique*. Toutefois il faut le dire, la science des indications est difficile, profonde, bien que ce soit le guide du praticien, ce qui prouve son savoir, son intelligence, son tact et son expérience. Sans la science des indications que serait en effet la thérapeutique? Un empirisme plus ou moins grossier, toujours aveugle, toujours incertain, sans doctrine, parce qu'il serait sans principes. Le dogme thérapeutique le plus vrai, le plus incontestable, et réunissant la plus grande somme de probabilités pour la guérison, sera toujours titré de l'indication. *Que dois-je faire? comment faut-il faire?* Telles sont les deux questions premières que tout praticien, en présence d'une maladie, doit s'adresser à lui-même, et qu'il faut profondément méditer. Mais à quoi servirait un pareil travail mental, si les indications curatives n'étaient elles-mêmes basées sur les indications? Remarquons cependant que deux sortes d'indications se rattachent à la thérapeutique, celle des causes et celle des effets, puis viennent les conclusions et les applications. Il est certain que la thérapeutique des causes serait la meilleure, la plus puissante, la plus efficace: malheureusement la médecine est tout à fait bornée sur ce grand sujet, et peut-être le sera-t-elle encore pendant des siècles. *Vere scire, per causas scire*, dit Bacon: le mot est plein de sens, mais comment pénétrer jusqu'à ces principes, les juger, les apprécier? qui sommes-nous pour découvrir les causes et connaître les fins de la nature? Nous ne percevons que des phénomènes et des effets; nous percevons même des effets que nous nommons *causes*, relativement à d'autres effets qu'ils précèdent ou qu'ils concourent à produire; mais ce ne sont point là de vraies causes, c'est-à-dire de celles qui ont en elles-mêmes l'activité et la puissance. Encore si nous pouvions reconnaître les altérations primitives produites par les causes, le phénomène morbide *initial*, il y aurait un immense progrès de fait dans la thérapeutique; mais dans le très-grand nombre de cas, non-seulement les causes nous échappent, mais aussi les effets primordiaux de leur action, en sorte que la médication n'agit réellement qu'après un certain progrès de l'altération vitale et organique. Le *principiis obsta*, si souvent recommandé, est vrai dans un sens absolu, mais les applications n'en sont que trop souvent impossibles; la thérapeutique des causes, la plus importante de toutes, et malheureusement celle qu'on néglige trop, est donc excessivement bornée; de là l'impuissance de la médecine dans un grand nombre de maladies. Aussi, quand on réfléchit à l'obscurité de ces causes, à la multitude, à

la complication des phénomènes morbides, à la difficulté d'en pénétrer le sens vrai, la coordination, les rapports, ne doit-on pas s'étonner de la lenteur de nos progrès dans la thérapeutique, des longues et fréquentes interruptions qu'on y observe, enfin des incertitudes et des mécomptes qu'on y éprouve journellement. Qu'on se garde toutefois de se décourager! nous savons ce que nos devanciers ignoraient, la postérité saura éclairer ce qui est encore obscur pour nous; ainsi le progrès est infini, car le champ de la science est sans limite, comme la nature elle-même.

Ne pouvant donc presque jamais faire la thérapeutique des causes, même secondaires ou tertiaires, on a fait celle qui repose sur les effets, autrement dit sur les résultats obtenus. Ainsi, sans connaître ni la nature, ni la cause immédiate d'une fièvre intermittente, ni l'action intrinsèque et virtuelle du sulfate de quinine, nous apprécions cette dernière par les résultats et nous en déduisons la conduite à tenir dans les cas analogues. C'est là ce qu'on nomme la *méthode expérimentale*, sorte d'empirisme plus ou moins raisonné, mais sur lequel sont fondées aujourd'hui la plupart des méthodes de traitement; nous disons méthodes de traitement et non remèdes, parce qu'aux yeux du vrai médecin il n'y a point de remèdes pour une maladie, il n'y a que des méthodes de traitement. Toutefois, ces méthodes expérimentales ont plus ou moins de succès, ce qui prouve que l'ancien axiome, *naturam morbi ostendit curatio,* n'est qu'une vérité très-relative. Ainsi il sera toujours impossible que la connaissance phénoménale d'une maladie, si parfaite qu'on la suppose, conduise directement, par une induction rigoureuse, au remède le plus convenable. La méthode expérimentale ou l'observation clinique peut donner un certain degré de probabilité variable selon les cas et le degré de la maladie, sans pouvoir franchir certaines limites; il reste toujours, comme nous l'avons dit, relativement à la cause, une *inconnue* qui échappe à toute recherche. Cependant, quoiqu'on soit forcé, dans la plupart des cas, de renoncer à la thérapeutique des causes et de s'en tenir à la méthode purement expérimentale, qui rapproche, qui compare les faits, puis qui conclut et agit, il ne faut pas croire que cette méthode soit sans difficultés; elle demande au contraire du sens, de la pénétration, de la sagacité, et où va l'esprit, là se trouve la vie de la science. En effet, quand on n'a observé que superficiellement les phénomènes d'une maladie, phénomènes qui la représentent et la formulent, il est certain que l'exercice de l'art ou les applications des principes de la thérapeutique, qui flottent vaguement dans l'esprit, semblent faciles; mais qu'il en est autrement quand on veut étudier profondément une affection pathologique, puis établir, d'après cette étude, la

médication la plus convenable, la plus efficace! C'est alors qu'on éprouve des difficultés plus ou moins grandes, qu'on rencontre des obstacles qu'on était loin de prévoir. Il n'y a que le charlatanisme, synonyme d'audace et d'incapacité réunies, qui n'hésite jamais, parce qu'il ne comprend rien. Une maladie étant donnée, en déterminer les indications précises, et, d'après celles-ci, la thérapeutique aussi rigoureuse que possibles est, à coup sûr, un des plus grands problèmes présenté, à la pénétration de l'intelligence humaine.

Ce sont les difficultés à résoudre un tel problème qui ont tant retardé et retardent encore les vrais progrès de la thérapeutique : bien souvent on cherche à les vaincre, à les tourner, mais le résultat prouve qu'on n'a pas réussi ; de là cette désolante variété de médicaments, de procédés, de méthodes de traitement pour une maladie. Il est encore d'autres obstacles que nous devons signaler. Un des premiers, et l'on peut dire un des plus importants, c'est le dogmatisme systématique. Dès l'instant qu'on a conçu, adopté le principe généralisateur d'une doctrine, les applications thérapeutiques en découlent naturellement ; c'est un point de vue auquel on est sans cesse ramené, c'est un cercle dans le périmètre duquel on est pour ainsi dire renfermé. L'omniprésence de l'irritation dans les maladies était forcément, pour Broussais, la base de sa médication ; et remarquez que, cette irritation étant identique dans tous les cas et ne différant que du plus ou du moins, la thérapeutique ne pouvait et ne devait pas être variée. Sans doute, il est bon de combiner l'*a priori* pathologique avec l'induction expérimentale, mais il est rare que le premier ne l'emporte sur la seconde quand l'esprit de système ou d'hypothèse prédomine ; on a toujours, dans l'exercice de l'art, la pratique de sa croyance; or, les applications thérapeutiques sont le résultat infaillible d'une pareille préoccupation. Cependant, à notre époque, on peut observer un obstacle tout opposé au progrès de la thérapeutique ; c'est que ceux qui cultivent la science et se livrent à la pratique craignent toujours de se perdre dans les utopies hypothétiques ; toute doctrine établie sur des idées générales, tout principe un peu abstrait leur est suspect. On voit beaucoup de médecins ayant un esprit libre, net et sagace, mais très-peu se livrent à la partie essentiellement théorique de la science. C'est un tort, car on finit par tomber dans l'analyse outrée, dans le détail infini ; d'où résulte une chose très-fâcheuse dans la science, tout à la fois *l'agitation et la stérilité*. On peut bien par ce moyen trouver, inventer quelques remèdes, perfectionner quelques méthodes connues ; mais comment ne pas voir l'impossibilité de fonder une thérapeutique largement dogmatique et féconde ? Parce qu'il y a des systématiques follement et dangereuse-

ment exclusifs, faut-il renoncer à toute doctrine générale? Une bonne théorie n'est-elle pas l'expression condensée des faits? La vraie science, la science exacte (qu'on nous passe le mot, étrange en médecine) n'est autre chose que le résultat de l'expérience, résultat constaté, démontré par une multitude d'observations ou d'études faites sur les maladies. La science réelle implique donc deux éléments inséparables, les faits, et la raison des faits ou la doctrine; supprimez l'un de ces éléments, et l'idée même de science s'évanouit.

Il est encore, à notre époque, un obstacle au progrès de la thérapeutique, c'est la concentration des recherches et des efforts qu'on a faits pour établir une sorte de diagnostic topographique et localisateur. Certainement, il n'entre pas dans notre intention de blâmer ces travaux, ils ont leur part d'utilité. C'est une bonne chose que le diagnostic, même circonscrit et restreint; mais est-elle la seule quand il s'agit d'une maladie à guérir? Est-ce donc la dernière limite d'une étude pathologique? Ce serait singulièrement rétrécir l'optique du praticien. On voit pourtant des médecins d'un incontestable mérite tomber dans cette aberration: ils appliquent tout leur savoir, tout leur génie, toute leur pénétration au diagnostic; puis, quand ils l'ont solidement établi, parfaitement démontré, le reste leur semble accessoire et pour ainsi dire superflu; leur diagnostic est fait, il est en évidence, cela suffit à leurs yeux. Il s'en faut bien au contraire qu'il en soit ainsi; le plus difficile reste encore à faire, une bonne et efficace méthode de guérison. Mais on ne s'en occupe que superficiellement, de là cette insuffisance des moyens thérapeutiques auxquels on a recours journellement, et que les hommes réfléchis remarquent avec douleur et étonnement. Quand se persuadera-t-on enfin que la thérapeutique est le but final de la science, disons plus, que c'est l'art lui-même; que sans elle la médecine est une étude stérile, oiseuse que l'humanité attend de nous des moyens de guérison et non de savantes recherches d'organisme; enfin, que s'en tenir au diagnostic anatomique normal ou pathologique, c'est jouer le rôle du touriste descripteur qui raconte pour raconter, mais sans un but d'utilité réelle et positive? Au reste, quand on réfléchit aux conditions qu'exigent les progrès de la thérapeutique, on ne doit pas être étonné qu'elles soient si rares, même parmi les hommes faisant de louables efforts pour reculer les limites de la science. Le hasard, à la vérité, peut donner lieu à quelques découvertes en thérapeutique, mais à condition d'une intelligence capable de les recevoir, de les comprendre et de leur donner, dans des applications variées, toute l'utilité dont elles sont susceptibles, à parler en général.

Les vrais progrès de la thérapeutique exigent l'esprit *d'invention*, l'esprit *de méthode* et l'esprit *de persévérance*.

Le premier, issu de ce doute scientifique qui, bien compris, veut dire, *cherche et tu trouveras*, conjecture, examine, pénètre, *découvre* enfin ce que personne n'avait vu avant lui. Avec l'esprit de méthode, on arrange, on dispose, on compare les faits et les résultats. La bonne méthode a toujours une grande puissance expansive, parce qu'on y apporte ce sentiment profond du vrai qui vivifie l'observation. Enfin, avec l'esprit de persévérance on poursuit longuement, patiemment, on élabore avec soin tout ce qu'on a pu obtenir d'un remède ou d'une médication nouvelle. Cette dernière condition est peut-être la plus rare, parce qu'ordinairement on se laisse emporter par une sorte d'enthousiasme séducteur, par les illusions de la découverte ; ce qui fait que journellement on annonce des médicaments, des méthodes, des traitements dont l'efficacité ne répond nullement à ce qu'on avait proclamé d'abord. Bérard, de Montpellier, pensait qu'il fallait cinquante ans au moins pour donner le droit de naturalisation dans la science à une substance médicamenteuse. Cette limite, à laquelle le sulfate de quinine, l'iodure de potassium et une foule d'autres médicaments journellement employés donnent un démenti formel, paraît extrême et peu admissible. Elle prouve néanmoins que les résultats, pour être définitivement acquis à la thérapeutique, doivent être longtemps pesés, jugés, passés au crible d'un examen savant et impartial. Les moyens principaux qui parviennent à ce but désirable, sont l'observation, la réflexion et l'expérience ; mais il faut que l'observation soit assidue, que la réflexion soit profonde, et que l'expérience soit exacte. Voilà bien des conditions, bien des exigences, dira-t-on. Nous en convenons ; toutes sont pourtant nécessaires, indispensables, et malheureusement il est rare de les trouver réunies. Qu'on s'étonne maintenant de voir la thérapeutique faire si peu de progrès réels, nous disons de ces progrès réels constatés, dignes de figurer avec honneur dans les annales de la science ! le compte en serait bientôt terminé, si l'on voulait en faire l'énumération à partir seulement des commencements du siècle où nous sommes. Alors que doit-on faire ? Quelle méthode faut-il adopter ? Précisément celle qu'a saisie avec tant d'intelligence le regrettable fondateur du *Bulletin de thérapeutique*, c'est-à-dire, réunir les efforts et les recherches du grand nombre, puis les coordonner, les propager, les soumettre par la publicité à de nouvelles vérifications : or, c'est là, nous pouvons l'avouer hautement sans outrecuidance, le but atteint par ce *Bulletin*. Uniquement consacré à la thérapeutique, il a recueilli de toutes parts dans la pratique civile, dans les hôpitaux, tout ce qui pouvait contribuer aux progrès de la science et de l'art, librement et se refusant au servage de toute doctrine exclusive, appréciant les faits dans leur vérité, dans leur sincérité. La féconde

impulsion donnée par ce journal depuis près de vingt ans ne saurait être méconnue, surtout si l'on compare l'état de la thérapeutique avant 1830 et ce qu'il est maintenant. Cette heureuse impulsion tient à deux causes évidentes : la première, c'est la concentration des faits, des recherches thérapeutiques dans ce journal, sa spécialité en quelque sorte ; la seconde, plus importante encore, c'est que dans le *Bulletin* on ne s'en tient pas à la simple exposition des découvertes des médicaments nouveaux prônés et annoncés ; c'est que leur emploi se lie aux indications et aux principes fondamentaux de la science ; aussi le progrès a-t-il été évident et démontré. Toutefois, il reste un large champ à moissonner; beaucoup de méthodes de traitement, de substances médicamenteuses sont encore à l'étude ; une foule de questions thérapeutiques, moins mûres qu'on ne le croit, attendent beaucoup des hommes et du temps ; des hommes, une valeur déterminée d'application, et du temps, une consécration finale. Continuons donc l'œuvre commencée ; elle est utile à la science, à l'art, à l'humanité, et le passé répond de l'avenir.

DE LA CURABILITÉ ET DU TRAITEMENT RATIONNEL DE LA PHTHISIE PULMONAIRE,

Par M. le professeur Forget.

(Premier article.)

> « En adoucissant les symptômes, on emporte
> « toujours quelque chose de la maladie
> « principale. »
> Boerhaave (*Institut.*, 1244).

La thérapeutique moderne offre le spectacle singulier d'un tourbillon d'atomes éphémères qui brillent un instant pour s'évanouir et faire place à de nouveaux éléments non moins fugitifs. La cause de cette fièvre stérile, de cette agitation dans le vide, se trouve dans l'émancipation substituée au joug d'une puissante doctrine ; c'est la réaction succédant à la compression ; c'est l'empirisme déchaîné dansant sur les ruines d'un dogmatisme tyrannique. Aussi, qu'arrive-t-il ? C'est que de ces mille remèdes, fruits avortés de l'illusion ou du mensonge, il ne reste rien dans la pratique, pas même le souvenir de leur passage ; car la légèreté qui les produit et l'insouciance qui les accueille les abandonnent bientôt pour courir après de nouvelles déceptions. C'est ainsi que chaque jour amène sa pâture à l'insatiable avidité des praticiens, que tant de leçons ne peuvent convertir. Cependant, à ceux qui ont la

faculté et la volonté de réfléchir, cette incessante fantasmagorie fournit un précieux enseignement : c'est qu'en fait de science il n'est rien de solide que ce qui est longuement observé, froidement mûri et basé sur le raisonnement qui, loin d'être en antagonisme avec l'expérience, ne fait que confirmer et consacrer celle-ci ; car, aux yeux de la philosophie, il est impossible que l'expérience *vraie* soit en désaccord avec la *saine* raison.

Voyez ce qui arrive aux hommes sérieux et désabusés ; c'est qu'en définitive ils en reviennent aux errements classiques, pour ainsi dire, dans le grand chemin de la pratique. Observez les procédés des praticiens célèbres et mûris par l'expérience, vous serez étonnés de la simplicité, de la vulgarité même de leur thérapeutique : vous ne les voyez point donner dans les excentricités juvéniles et chatoyantes de la presse quotidienne ; paisibles spectateurs, ils laissent, sans s'y mêler, passer ces turbulentes saturnales. Il y aurait un curieux recensement à faire, ce serait celui des traitements usités par nos plus graves praticiens dans ces maladies qui, chaque jour, sont l'objet d'innovations curatives : la fièvre typhoïde, le rhumatisme, les diverses hydropisies, les tubercules, le cancer même : nul doute qu'on ne restât stupéfait du peu de traces laissées par le mouvement prodigieux de la thérapeutique depuis trente ans. Nous en offrirons un exemple frappant et qui ne manque pas d'actualité, c'est ce qui s'est passé durant le règne, heureusement assez court, du choléra épidémique à Paris ; des centaines de médications ont été formulées et appliquées contre cette fatale maladie ; or, tant de tribulations n'ont abouti qu'à consacrer le traitement usité de tous temps et en tous lieux contre le choléra pur et simple, à savoir : antiphlogistiques, sédatifs et révulsifs ; pas un spécifique n'a survécu. Eh bien ! le cas échéant, (*di omen avertant!*) cette grande leçon serait perdue, et nous verrions se renouveler les mêmes aberrations ; ainsi va le monde, tant il est vrai de dire avec un sage : « L'expérience des pères ne profite pas aux enfants. » C'est que le mouvement est nécessaire à l'esprit aussi bien qu'à la matière.

Néanmoins, il n'est pas inutile de faire de temps en temps, comme le veut Bacon, le recensement de nos produits, le budget de nos richesses, afin de séparer, autant que possible, le bon grain de l'ivraie. C'est ce que nous allons tenter au sujet d'une maladie bien vulgaire, bien grave, et considérée généralement comme désespérée, en dépit des encouragements apportés par l'anatomie pathologique et des espérances qui devraient surgir des succès proclamés de temps en temps : je veux parler de la phthisie ou tuberculisation pulmonaire. Nous nous bornerons ici à examiner deux questions intimement liées l'une à l'autre : celle

du degré de curabilité de la phthisie pulmonaire, et celle du traitement qui procure les résultats les moins malheureux.

§ Ier. *Du degré de curabilité de la phthisie pulmonaire.*

La curabilité de certains cas de phthisie est démontrée *anatomiquement*, par la cicatrisation des cavernes et par la dessiccation des tubercules réduits à l'état crétacé (Laënnec, Andral, Rogée, J. Boudet, etc.); *cliniquement*, par d'apparentes guérisons de phthisies constatées pendant la vie. Pourquoi donc la curabilité de la phthisie soulève-t-elle encore tant d'incrédulité parmi les observateurs les plus expérimentés? le voici. 1° Ce ratatinement du sommet des poumons, qu'il est si fréquent de rencontrer dans les autopsies, n'est pas incontestablement le produit de cicatrisations tuberculeuses ; ce caractère n'est évident que lorsqu'il existe dans la cicatrice ou autour d'elle des tubercules secs, crétacés. 2° Ces tubercules crétacés, considérés comme des résidus de phthisie, sont toujours en très-petit nombre; jamais on n'a rencontré de véritables farcissements tuberculeux, avec ou sans cavernes, dans cet état de sécheresse ou de cicatrisation. 3° Ces tubercules crétacés en petit nombre ne constituent pas une phthisie confirmée, telle que nous l'entendons ; rarement ils ont manifesté leur présence pendant la vie ; on les rencontre chez les individus les mieux constitués ; les vastes poumons de Broussais offraient, dit-on, de ces tubercules. En raison de leur petit nombre, il est impossible de les constater pendant la vie ; il est même douteux qu'ils aient jamais été ramollis ; qu'ils aient jamais suscité de notables accidents, etc. Bref, ces cas de phthisie rudimentaire, occulte, ne peuvent entrer en ligne de compte. Ce dont il s'agit, c'est de savoir s'il y a guérison possible dans les cas de tuberculisation bien et dûment constatée de par les procédés explorateurs, de par les symptômes fonctionnels et de par l'autopsie ; c'est de ceux-là que M. Louis a dit : « Si l'existence de la phthisie est bien constatée, on doit s'attendre à voir périr le malade. »

Cependant les prétendus cas de guérison de phthisie confirmée ne manquent pas dans les archives de la science ; il est même peu de praticiens qui ne prétendent en avoir observé et obtenu, pour leur propre compte. Or, dans notre opinion, voici ce qui se passe alors : soit une tuberculisation au premier ou au deuxième degré, caractérisée par la toux, les crachats floconneux, la matité sous-claviculaire, la respiration rude ou le craquement humide, les hémoptysies, etc. ; un traitement quelconque est appliqué, la plupart de ces phénomènes s'amendent ou disparaissent, on proclame le malade guéri, on le perd de vue, et voilà, dit-on, *un fait acquis à la science*. Mais que les circonstances vous

permettent de suivre le sujet ; patientez un an, deux ans, dix ans, et il vous arrivera probablement ce qui m'est arrivé à moi-même dans les cas suivants.

Premier fait. M. S., étudiant en médecine, âgé de vingt-quatre ans, de constitution lymphatique, pâle, sujet à tousser pendant l'hiver, a éprouvé antérieurement des hémoptysies, dont un nouvel accès l'amène à notre clinique. Nous constatons : toux, crachats suspects, matité à la percussion et râles muqueux sous les clavicules, mouvement fébrile, etc. Plusieurs applications de sangsues sous les clavicules, les mucilagineux, les opiacés et les révulsifs procurent, dans l'espace d'un mois, la cessation de l'hémoptysie, de la toux, des crachats, des râles muqueux et de la fièvre ; il ne reste qu'un peu d'obscurité du son sous les clavicules. Nous nous croyons en droit de le dire guéri, nous le citons comme un exemple de ces bonnes fortunes si rares dans la pratique, car il a repris ses occupations. Mais au bout de *trois ans*, il nous revient, offrant les mêmes symptômes qui, cette fois, résistent aux mêmes moyens et à beaucoup d'autres ; cependant le sirop de morphine, qu'il prend à des doses énormes, tempère ses souffrances ; il languit une année encore et s'éteint dans le marasme, les poumons creusés de nombreuses cavernes, quatre ans après sa guérison.

Deuxième fait. Il y a dans ce moment, de par la ville, une jeune garçon coiffeur que j'ai guéri d'une tuberculisation au deuxième degré, dans des circonstances et par des moyens analogues à ceux exposés ci-dessus, si ce n'est qu'ici les honneurs de la guérison paraissent devoir être attribués à l'huile de foie de morue ; il y a de cela quatre ans. Ce garçon, que je rencontre souvent, ne cesse de me témoigner sa gratitude ; mais il tousse, il souffre l'hiver, il est pâle, maigre, chétif, et je m'attends à le voir revenir un jour succomber entre les mains qui l'ont guéri.

Dans d'autres cas de tuberculisation plus manifeste, où l'on constate les signes du troisième degré, souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie, on peut encore obtenir des guérisons.

Troisième fait. Un homme de trente ans, de constitution assez grêle, entre à la Clinique offrant des signes de tuberculisation avancée, notamment une caverne manifeste au sommet du poumon droit ; il est miné par la toux, les crachats et la fièvre. Quelques saignées locales, les émollients, les calmants, les révulsifs, notamment l'huile de foie de morue, le sirop d'acétate de morphine et un cautère au bras, ramènent graduellement le calme, puis l'embonpoint ; si bien qu'au bout de six mois environ tous les symptômes sont à peu près disparus, sauf un souffle caverneux *sec*, indiquant une caverne cicatrisée. Nous le conservons, nous le choyons comme un exemple de guérison de phthisie déses-

pérée ; enfin nous le renvoyons... mais en prédisant son avenir. En effet, le malheureux nous revient au bout de deux ans, les poumons criblés de nouvelles cavernes, et succombe à cette recrudescence de sa maladie.

Quatrième fait. Mlle G.... est une jeune fille de vingt ans, née de parents bien constitués ; mais elle est grêle, pâle, ayant ce qu'on appelle une poitrine délicate, c'est-à-dire s'enrhumant avec facilité ; elle n'a jamais eu d'hémoptysie. Elle vient me consulter pour un rhume, et, à l'examen du thorax, je constate une vaste caverne au sommet du poumon droit. C'était en automne : je fais pressentir à ses parents que le mal est des plus graves, et qu'il est à craindre que l'hiver ne se passe pas sans catastrophe. Cependant un traitement approprié, notamment l'huile de foie de morue et l'acétate de morphine, modèrent les accidents, et la jeune fille reprend ses occupations, sauf quelques ménagements, comme de ne sortir que par les beaux jours. De temps en temps elle a recours à mes conseils. Un an se passe, puis deux, puis cinq, la malade continuant de courir la ville avec sa caverne, sauf quelques temps d'arrêt, en faisant mentir mon pronostic, qui pourtant finit par se réaliser, la pauvre fille ayant enfin succombé au bout de six ans.

Cinquième fait. Une fille de trente-un ans, de constitution délicate, portant des cicatrices de scrofules, entre à la Clinique le 1er janvier 1839. Elle tousse depuis plusieurs années, n'a plus ses règles depuis six mois, et a craché du sang il y a quelques jours. Amaigrissement notable, diarrhée et sueurs nocturnes. Nous constatons : matité, râles muqueux, souffle caverneux, pectoriloquie sous la clavicule droite ; dyspnée, toux vive, crachats floconneux, mouvement fébrile. (Saignée de trois palettes, looch avec laurier-cerise, solution de gomme, soupe au lait.) Un peu de soulagement.

Le sixième jour nous expérimentons l'acide hydrocyanique prôné par les journaux d'alors ; nous le continuons pendant vingt-quatre jours, en le portant graduellement de 3 à 10 gouttes ; la toux paraît modifiée ; mais les autres phénomènes, notamment l'oppression, persistent au même degré.

Le trente-deuxième jour, nous revenons aux adoucissants, aidés de la digitale. (Solution de gomme, looch avec teinte de digitale, 10 gouttes.)

Nous employons ensuite l'opium, puis l'acétate de plomb et l'agaric blanc contre les sueurs, un vésicatoire au bras, etc.

Le cinquante-troisième jour, le mieux est décidé : les râles, le souffle caverneux, la pectoriloquie, la toux, les crachats, la dyspnée ont di-

minué. Cependant il y a quelques retours de fièvre : une petite saignée, dix sangsues sous la clavicule, répriment ces exacerbations ; les émollients, les sédatifs, le régime doux sont continués.

Vers le milieu de mars (soixante-cinquième jour), de nouveaux phénomènes d'excitation exigent une nouvelle saignée. L'opium, la belladone, des ventouses sèches autour du thorax et sur les membres, sont mis en usage.

Vers le quatrième mois la toux a cessé, les forces et l'embonpoint reparaissent; mais il y a toujours matité et souffle caverneux *sec* sous la clavicule droite.

Bref, la malade sort après cinq mois de traitement, paraissant et se disant guérie. Les règles n'ont pas reparu.

Elle est guérie, en effet, comme on guérit la phthisie confirmée, comme furent guéris les sujets précédents. Je n'ai pas revu la malade, mais j'ai la conviction qu'elle est allée mourir ailleurs.

Donc, l'expérimentation sûre, l'observation clinique nous paraissent avoir démontré les propositions suivantes :

1° Il n'y a que les tuberculisations légères, rares, disséminées, occultes ou douteuses pendant la vie, qui soient susceptibles d'une solide guérison.

2° Les phthisies avérées, avec fareissement tuberculeux à tous les degrés, peuvent aussi donner lieu à des guérisons apparentes, mais temporaires, suivies, tôt ou tard, de recrudescences et de mort.

Et voilà pourquoi les praticiens expérimentés se montrent incrédules à l'endroit des prétendues guérisons de phthisies confirmées, lesquelles ne sont que des illusions ou des erreurs de diagnostic. Déjà Morton avait signalé ces rétablissements passagers, ces retours momentanés au calme et à l'embonpoint chez les phthisiques.

Ces données, toutes pratiques, sont susceptibles d'une interprétation toute rationnelle : dans la phthisie confirmée, il existe constamment, ou très-peu s'en faut, des myriades de tubercules, à divers degrés, dans le parenchyme pulmonaire. Que vous parveniez à réduire quelques-uns de ces tubercules à l'état inerte; que vous obteniez l'évacuation de quelques autres, et la cicatrisation des cavernes qui en résultent; que vous arriviez même à déterminer la résolution, la résorption des tubercules rudimentaires, ce qui est fort problématique ; à côté de ces tubercules secs, de ces tubercules évacués, de ces cavernes cicatrisées, de ces granules résorbés, il en existe des milliers d'autres, qui marchent et feront tôt ou tard explosion ; le tubercule assoupi, lui-même, peut, tôt ou tard, se réveiller. Ce n'est pas tout : pour peu que la diathèse soit développée, des tubercules existent, ou se produiront dans

d'autres organes essentiels à la vie, notamment dans le tube digestif, où on en rencontre presque toujours, et celui qui ne succombera pas par le poumon succombera par l'intestin ou par tout autre organe.

Pour obtenir la guérison, il est deux conditions essentielles : guérir la diathèse et guérir le tubercule ; ce sont là deux coefficients inséparables. Celui qui ne s'occupera que de corriger la diathèse et celui qui ne songera qu'à fondre les tubercules, échoueront également et nécessairement. Or, détruire la diathèse est chose d'autant plus difficile, que nous ignorons précisément en quoi elle consiste ; résoudre le tubercule est peut-être plus difficile encore, et si la théorie peut en faire admettre la possibilité, celle-ci n'est constatée par aucun fait bien avéré, comme le fait très-bien observer M. Louis ; si bien que, pour les autorités les plus graves, la tuberculisation n'est guérissable que par la dessiccation ou l'élimination de la matière tuberculeuse, et nous partageons cette opinion quant à présent, et sans désespérer des progrès ultérieurs de la thérapeutique.

Est-ce à dire qu'il faille abandonner les pauvres phthisiques aux ravages de la maladie? Non sans doute, et l'on vient de voir, par les observations ci-dessus, que nous sommes en droit d'espérer d'assez heureux résultats. La médecine qui soulage, qui calme les douleurs, et qui retarde la mort, est peut-être aussi fréquemment utile que celle qui guérit; elle suffit à la gloire de l'art et doit suffire à l'ambition de 'artiste.

Dans une prochaine livraison, nous tracerons le traitement rationnel de la phthisie pulmonaire, en nous basant sur les grands principes fondamentaux qui doivent dominer la thérapeutique de cette affection.

Prof. FORGET.

DE LA NÉVRALGIE GÉNÉRALE, AFFECTION QUI SIMULE DES MALADIES GRAVES DES CENTRES NERVEUX, ET DE SON TRAITEMENT ;

Par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

Il y a quelques mois, j'ai publié (Union médicale, 22 mai 1847) une observation qui a paru curieuse au double point de vue des symptômes et de l'efficacité d'un traitement fort simple. Les symptômes étaient tels, que si on avait voulu juger le cas d'après les connaissances qu'on peut acquérir dans les traités de pathologie, on aurait été nécessairement bien embarrassé. Ce n'est pas que de pareils faits n'aient dû se présenter un assez grand nombre de fois à l'observation : j'ai la conviction du contraire ; mais c'est que les phénomènes auxquels donne lieu la maladie dont je vais m'occuper sont si

variés, paraissent si graves et s'expliquent si bien par une lésion des centres nerveux, que souvent on a dû rester dans le doute, et que plus souvent encore on a dû, sans autre examen, s'arrêter à l'idée d'une affection encéphalo-rachidienne grave. Comme on le voit, il y a déjà là une question bien importante à étudier ; car si les faits viennent démontrer qu'il ne s'agit, dans les cas de ce genre, que d'une simple névrose ayant son siége dans les nerfs superficiels, le pronostic sera bien moins fâcheux.

Mais ce n'est pas seulement sous ce point de vue que la maladie particulière et bien peu connue encore dont il va être question, présente un vif intérêt au praticien. Nous savons, par expérience, qu'à moins d'être très-légères, les névralgies n'ont pas une grande tendance à se dissiper spontanément, et qu'un certain nombre d'entre elles vont, au contraire, toujours croissant et acquièrent ainsi un degré de gravité souvent très-élevé. Or, si l'on ne sait pas distinguer les cas dont il s'agit, ou bien on leur applique des moyens thérapeutiques qui ne conviennent point, ou bien on les néglige et on se contente de leur opposer quelques palliatifs, croyant avoir affaire à une maladie profonde des centres nerveux chronique et incurable, et le mal fait des progrès continuels, et les malades, devenus incapables de rien faire, souffrant beaucoup, ayant leurs principales fonctions troublées, sujets à des étourdissements, à des vertiges, jetés dans une prostration générale très-grande, peuvent rester longtemps dans ce fâcheux état. Je n'ai pas besoin d'en dire davantage pour faire comprendre combien la médecine pratique est intéressée à ce qu'une affection aussi insidieuse puisse enfin être reconnue avec facilité. Si je réussis, comme je l'espère, à en tracer nettement les caractères, ce sera encore une affection bien définie enlevée à cette nombreuse et confuse classe des névroses dont tout le monde a signalé l'infinie diversité.

Je n'ai pas la prétention, toutefois, de donner, dans cet article, une histoire complète de la névralgie générale ; je veux seulement, à l'aide des faits que j'ai recueillis, en tracer les principaux traits. Ces faits sont au nombre de quatre, y compris celui que j'ai déjà publié dans l'Union médicale. Ils ont été observés avec soin, et, bien que leur nombre soit peu considérable, on peut en tirer quelques conclusions d'une grande portée sous les points de vue de la symptomatologie et de la thérapeutique.

Etiologie. N'ayant que quatre faits à ma disposition, j'aurai peu de chose à dire relativement à l'étiologie. Ce n'est, en effet, que lorsqu'une circonstance se présente dans une proportion considérable des cas, qu'on peut voir entre elle et le développement d'une maladie un

rapport réel de cause à effet. Il n'est guère que les cas où l'affection est due à une violence extérieure qui sortent de cette règle.

Je dirai d'abord que les sujets de ces quatre observations étaient des ouvriers qui, depuis quelque, temps se trouvaient dans des conditions hygiéniques peu favorables. L'un habitait un logement froid, humide, mal aéré ; les autres se nourrissaient mal et ne prenaient souvent aucune précaution contre les intempéries de l'air auxquelles ils s'exposaient. Il est donc probable que cette mauvaise hygiène est une cause de la maladie qui nous occupe.

N'ayant, dans mon service à l'Hôtel-Dieu (annexe), que des hommes, je n'ai rien à dire de l'influence du sexe. Mais il est une habitude des malades qui mérite d'être mentionnée : deux d'entre eux buvaient tous les matins, ordinairement à jeun, une quantité d'eau-de-vie qui variait d'un jour à l'autre ; qui quelquefois n'était que d'un seizième de litre, qui assez souvent s'élevait jusqu'à un huitième de litre, et qui, chez l'un d'eux du moins, allait parfois jusqu'à un quart. Lorsqu'on lira les observations que je présenterai plus loin, on comprendra combien il était important de signaler ce fait, car il n'est pas douteux que la pensée d'un *delirium tremens* ne se présente à l'esprit du lecteur, comme elle s'est présentée à moi. Mais outre que lorsque j'étudierai le diagnostic, il me sera facile de faire voir qu'il y a de grandes différences entre l'état dans lequel se trouvaient les sujets et le *delirium tremens*, il suffit de faire remarquer que chez deux de ces sujets, l'habitude de boire de l'eau-de-vie n'existait pas, et que s'ils faisaient des excès, ils n'étaient pas assez fréquents pour qu'on puisse leur rapporter la production de la maladie.

Je n'ai rien de plus à ajouter à cette étiologie, qui ne tardera sans doute pas à acquérir un assez haut degré de précision, dès que, les médecins ayant appris à distinguer l'affection dont nous nous occupons, nous pourrons rassembler un nombre un peu considérable de faits.

Symptomatologie. Le premier symptôme que nous avons à étudier est la douleur. Ce symptôme est des plus importants, et il mérite d'autant plus de fixer l'attention du praticien, que les malades peuvent ne l'accuser que vaguement, et que si on ne le recherche pas à l'aide d'une exploration méthodique, on peut facilement en méconnaître l'existence.

La douleur est, comme on va le voir, de nature essentiellement névralgique. Elle occupe, en effet, des points limités et plus ou moins éloignés les uns des autres. Ces points sont sensibles à la pression. Ils sont parfois le siége d'élancements plus ou moins vifs et plus ou moins étendus, et ils se trouvent précisément là où l'on rencontre les points douloureux à la pression dans les névralgies ordinaires.

Ainsi, on les trouve disséminées le long de la colonne vertébrale, dans différentes parties des espaces intercostaux, le long de la crête iliaque, à l'épigastre, à l'hypogastre, comme dans les névralgies cervicale, dorsale, lombaire; le long du trajet des nerfs trifacial, occipital, cubital, radial, sciatique, etc. Comme dans les névralgies, c'est au point d'émergence, là où les nerfs deviennent superficiels, là où ils viennent se terminer dans la peau, que la douleur se manifeste. En un mot, il y a identité parfaite, de telle sorte que, quand même on ne voudrait pas admettre que la maladie tout entière consiste dans une névralgie, il faudrait au moins reconnaître que, quelle que soit l'affection à l'existence de laquelle on s'arrêterait, il y a complication, et qu'il existe des symptômes de névralgie qu'il est impossible de nier. Mais quand je traiterai du diagnostic, il me sera facile de démontrer, à l'aide des faits, que tous les symptômes peuvent très-bien se rapporter à une simple névralgie, tandis qu'ils ne peuvent être l'expression exacte d'aucune autre maladie connue.

Je pourrais donner un exemple bien frappant de l'existence de ces points douloureux multipliés en reproduisant ici l'observation que j'ai publiée dans l'Union médicale (*loc. cit.*); mais les bornes de cet article m'en empêchent, et je dois me contenter de renvoyer le lecteur au Mémoire que je viens de citer. Tout ce que je dirai ici, c'est qu'il n'y avait presque pas de point du corps où puisse se manifester une douleur névralgique, qui ne fût douloureux chez le sujet de cette observation. On verra que, dans les autres cas, le nombre des points douloureux était également très- considérable.

Un autre point sur lequel je dois insister, c'est qu'il ne faut pas se hâter de conclure d'un premier examen, souvent incomplet, que ces points douloureux n'existent pas. Il peut arriver, en effet, que dans certains moments les douleurs ne soient nullement caractéristiques, et que le malade se plaigne seulement d'une douleur vague et générale, tandis que plus tard la douleur devient tout à fait pathognomonique. L'observation suivante, recueillie par M. Mailly, interne des hôpitaux, en est un exemple trop frappant pour que je puisse me dispenser de la mettre sous les yeux du lecteur.

Obs. I. Névralgie générale accompagnée de symptômes qu'on pouvait rapporter à une affection cérébrale; cautérisation transcurrente; guérison. — Le nommé Duval, menuisier, âgé de quarante-sept ans, est entré à l'Hôtel-Dieu (annexe) le 31 juillet 1847. Ce malade est d'une assez forte constitution. Venu à Paris à l'âge de vingt-quatre ans, il n'avait jamais été malade avant cette époque. Deux ans après, il fut pris d'une maladie de poitrine, qui paraît être une pneumonie. Il avait, en effet, une violente douleur de côté, beaucoup

de difficulté à respirer, de la fièvre, et de plus ses crachats étaient jaunâtres. Il resta dix jours au lit pour cette affection dont il ne reste aucune trace.

Il y a environ quinze ans, il eut au cou un abcès aussi volumineux que le poing, qui dura très-longtemps, comme nous le dit le malade, mais sans pouvoir fixer la durée d'une manière plus précise. Cet abcès ne causait aucune douleur et ne troublait nullement sa santé; c'était probablement un abcès froid dont on aperçoit maintenant encore la cicatrice au côté droit du cou.

Quant à son genre de vie, le malade dit qu'ordinairement il prend une nourriture fort saine ; mais que, dans ces derniers temps, le manque de travail l'a forcé à s'imposer des privations de tout genre. Il fait trois repas par jour, et à chacun de ces repas il boit un quart et quelquefois un demi-litre de vin. Il a pour habitude de prendre, tous les matins, environ un seizième de litre d'eau-de-vie, et souvent, dit-il, le dimanche, le lundi et les jours de fête, la dose était doublée ou triplée. Il ne s'est jamais aperçu cependant qu'il eût des tremblements dans les mains. Il n'a pas travaillé au plomb.

Il y a environ dix jours, il but environ un demi-litre d'eau-de-vie; en rentrant chez lui, il se sentit tout étourdi, et se coucha. Le lendemain, il fut pris d'éblouissements et de vertiges, surtout lorsqu'il marchait, et il fut de nouveau obligé de se mettre au lit ; pendant son sommeil, il était réveillé par des secousses violentes et des soubresauts, et, au réveil, il ressentait des douleurs dans divers points du corps. Il crut d'abord que le séjour au lit suffirait pour dissiper le mal ; mais au bout de huit jours, voyant cet état persister, il alla au bureau central, d'où il fut envoyé dans le service.

Etat actuel, 1er août. Facies étonné et un peu souffrant. Le malade se plaint d'être vivement courbaturé. La peau est fraîche, le pouls assez résistant (60 puls.), la langue est tremblante, un peu noirâtre au milieu ; il n'y a cependant rien du côté du tube digestif ; l'appétit est encore assez bon, le ventre souple et nullement ballonné ; il n'y a pas de gargouillement, et les selles sont régulières (une par jour).

Les battements du cœur sont normaux. On trouve une résonnance normale à la percussion, dans toute l'étendue de la poitrine, et à l'auscultation on entend le murmure vésiculaire parfaitement pur.

La sensibilité paraît obtuse sur plusieurs points du corps, aux membres et à l'abdomen ; mais c'est surtout aux membres supérieurs que ce phénomène est remarquable ; une piqûre assez vive ne détermine pas de douleurs, dans toute la région antibrachiale ; au tronc, à la face, la sensibilité est normale.

Le malade se plaint de quelques douleurs à la poitrine, au niveau des espaces intercostaux ; la pression développe bien de la douleur au niveau de ces espaces et le long du rachis, ainsi qu'aux membres ; mais ces douleurs n'ont rien de précis ni de régulier. Le malade se plaint également d'une douleur assez intense à la tête ; il existe un point douloureux assez remarquable, à l'issue et sur le trajet du nerf sous-occipital gauche ; il n'y a pas de douleur au niveau des parois abdominales.

Les forces sont notablement diminuées ; ainsi le malade, qui paraît assez vigoureux, ne serre que très-faiblement la main ; ce phénomène se remarque à un égal degré des deux côtés. Lorsque le malade est sur son séant, il éprouve des éblouissements, des vertiges ; s'il est debout, il paraît ne pas

pouvoir se tenir sans s'appuyer, sa démarche est lente, mal assurée, vacillante; mais il ne paraît pas y avoir plus de faiblesse dans un des membres abdominaux que dans l'autre. Il dit avoir éprouvé beaucoup de fatigue à parcourir le trajet du bureau central à cet hôpital, trajet qu'il a fait à pied (il avait été de chez lui au bureau central en voiture).

Lorsqu'on lui fait étendre les mains, on y remarque un tremblement très-manifeste.

Les organes des sens paraissent intacts. L'ouïe est peut-être un peu obtuse; mais cette obtusion serait, au dire du malade, l'état normal, et par conséquent indépendante de l'affection qui l'amène dans le service. Quant aux sécrétions, elles sont parfaitement normales.

Le 3 août. L'examen attentif du malade fait voir que les douleurs, qui paraissaient peu précises le 1er, sont maintenant bien nettes et bien tranchées.

Il existe toujours un point douloureux au niveau du nerf sous-occipital gauche; de plus, le long du rachis, depuis la cinquième vertèbre cervicale jusqu'à la moitié du sacrum; les douleurs sont plus intenses au niveau des deuxième, cinquième et huitième dorsales, d'où elles se prolongent dans les espaces intercostaux correspondant seulement jusqu'aux limites de la paroi postérieure du tronc. Il existe également des douleurs à la partie interne des deux bras. A l'abdomen il n'y a point de douleurs. Il en existe une très-légère au scrotum, au niveau du testicule gauche; mais on n'en trouve point sur le trajet du nerf iléo-scrotal correspondant. Pour les membres abdominaux, la pression développe, il est vrai, quelques points douloureux au niveau du nerf sciatique et même à la partie antérieure sur le trajet du nerf crural; mais ces douleurs ne sont pas bien caractérisées. Ainsi, il n'en existe pas à l'issue du nerf sciatique, ni au niveau de la tête du péroné, ni en arrière de la malléole interne, c'est-à-dire dans les points où on les rencontre ordinairement. La faiblesse est la même qu'il y a deux jours; le malade se sent un peu moins fatigué, mais il éprouve toujours des éblouissements et de l'hésitation lorsqu'il est debout ou qu'il marche. Les autres fonctions sont dans le même état.

Le 6 août. L'état du malade étant exactement le même que les jours précédents, on procède à la cautérisation transcurrente. On éthérise d'abord le malade qui, après environ deux secondes d'inhalation, ne tarde pas à devenir complétement insensible. On trace alors une raie de feu au niveau du nerf sous-occipital gauche, puis tout le long du rachis, depuis la troisième vertèbre cervicale jusqu'au coccyx, sur le sommet des apophyses épineuses, puis dans les deuxième, cinquième, huitième espaces intercostaux, en la prolongeant un peu sur la partie antérieure de la poitrine des deux côtés. Le malade ne manifeste aucune douleur pendant l'opération, il reste même insensible à l'application sur les brûlures de compresses imbibées d'eau froide. Au bout d'une minute environ, il sort de cet état; il paraît très-exalté, très-gai, prononce des paroles incohérentes, rit aux éclats, et ne paraît pas soupçonner ce qu'on vient de lui faire.

Ce soir, à 3 heures. Le malade se trouve très-bien ; le faciès est moins étonné, moins fatigué ; il dit n'avoir rien senti ce matin ; actuellement il éprouve un léger picotement au niveau des brûlures, mais il n'a pas de céphalalgie, et il lui semble qu'il est plus alerte.

Le 7 août. L'état du malade est le même qu'hier soir ; il a assez bien dormi cette nuit. Il ne se plaint que de démangeaisons au niveau des parties cautérisées. Il existe une légère rougeur au niveau de ces points, mais elle est très-limitée ; il n'y a d'ailleurs ni tension, ni gonflement.

Le 8 août. Les brûlures sont complétement indolentes ; on examine le malade : la pression ne détermine plus de douleur dans les points où elles existaient auparavant, excepté toutefois pour les jambes, qui n'ont pas été soumises à la cautérisation ; mais ces douleurs sont aussi vagues et aussi peu limitées qu'auparavant. La sensibilité est moins obtuse ; la force paraît légèrement augmentée : il serre un peu mieux ; il se lève et marche avec assez d'assurance ; il ne se plaint plus des éblouissements qu'il éprouvait avant l'opération.

Le 12 août. Les plaies sont complétement cicatrisées ; il n'y a plus de douleur notable. L'action de serrer avec la main est manifestement beaucoup plus énergique ; la sensibilité, qui était très-obtuse sur les avant-bras et à l'abdomen, est maintenant normale ; le malade ne se plaint pas de douleurs dans les jambes. Il se trouve très-bien, se promène sans éprouver de fatigue, et repose bien.

Le 18 août. L'amélioration s'est soutenue ; cependant le malade accuse de nouveau des douleurs dans les membres abdominaux ; la pression les développe ; elles sont peu intenses, et n'existent toujours que sur une partie du nerf sciatique, et en avant sur un point du nerf crural, sans se montrer au niveau des foyers principaux. On propose au malade de pratiquer en cet endroit la cautérisation ; mais il refuse par pusillanimité. Du reste, l'état général est très-satisfaisant. La force est complétement revenue : il serre la main avec énergie ; il n'y a ni éblouissements, ni vertiges.

Le 24 août. Le malade s'est bien trouvé ces derniers jours. Il a encore éprouvé les mêmes douleurs dans les jambes ; mais, comme les autres ont complétement disparu, et qu'il se trouve très-bien sous le rapport des autres fonctions, il demande sa sortie et quitte le service.

Réflexions. On voit que si, dans ce cas, on s'était hâté de conclure le premier jour, on n'aurait eu qu'une idée très-fausse du nombre des points douloureux et de leurs caractères. Ces points douloureux n'étaient pas, sans doute, aussi nombreux que dans le cas dont j'ai publié l'observation (Union médicale) ; mais ils occupaient une grande étendue du corps, et on ne peut déjà pas s'empêcher de reconnaître dans ces deux cas la même maladie. Mais les autres symptômes viennent bien plus encore établir l'exactitude de cette manière de voir. Ainsi, nous retrouvons, dans ce cas, la faiblesse générale, les tremblements, la démarche vacillante, et, de plus, des éblouissements, des étourdissements, sans délire, ni convulsions d'aucune espèce, et sans fièvre.

Je n'ai pas à m'expliquer actuellement sur la valeur de ces derniers symptômes ; j'aurai à y revenir plus loin ; mais il en est un autre qui a

été très-exactement constaté et sur lequel il importe de s'arrêter un moment, je veux parler de l'insensibilité de la peau aux avants-bras et à l'abdomen. Il paraîtra peut-être extraordinaire à ceux qui ne se sont pas livrés à une étude très-attentive des névralgies, de trouver ici ce symptôme, qui paraît être étranger à ces affections. Quant à moi, ce n'est pas la première fois que j'observe un pareil phénomène. Il me suffit de mentionner, à ce sujet, un fait qui a été signalé par M. Notta, dans son *Mémoire sur le traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente* (Union médicale, 1847), et observé dans ma division à l'Hôtel-Dieu (annexe). Dans ce cas, une portion de la peau de la cuisse était insensible, le malade était affecté d'une sciatique; et ce qu'il faut noter, c'est que, chez ce sujet, comme chez celui dont il s'agit ici, le traitement ordinaire des névralgies réussit très-bien contre l'anesthésie. Cette insensibilité n'en établit pas moins une différence entre ce cas et celui dont je parlais plus haut, puisque, dans celui-ci, la sensibilité de la peau était exaltée; mais cela prouve uniquement que ces deux phénomènes opposés peuvent exister dans une seule et même affection : la névralgie.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer la grande et prompte efficacité du traitement dans ce cas. Non-seulement les douleurs se sont promptement dissipées; mais encore la sensibilité de la peau est revenue, les étourdissements se sont dissipés, la force est revenue dans les membres, et le malade a pu quitter l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

J'ai eu soin, comme on l'a vu, de n'avoir recours au traitement qu'après quelques jours de séjour du malade à l'hôpital et lorsqu'il était évident que la maladie restait stationnaire; en sorte qu'on ne peut attribuer cette amélioration rapide et cette guérison qu'au traitement lui-même.

Dans le prochain numéro, je continuerai cette histoire d'une maladie dont chacun a sans doute vu plus d'un exemple sans la reconnaître.

VALLEIX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DES FEMMES, LIÉES A UN ÉCOULEMENT;

Par le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis le temps où Vanhelmont émettait son célèbre aphorisme : « *Propter solum uterum, mulier est id quod est* », la physiologie, la pathologie et la thérapeutique ont subi de nombreuses oscillations,

laissant le plus souvent indécise cette question fondamentale que Vanhelmont avait si hardiment tranchée, savoir : si l'utérus et les fonctions génitales jouent le rôle de cause ou d'effet dans les nombreuses circonstances de la vie de la femme, étudiée au point de vue de la science et de l'art, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie. Tour à tour l'utérus a été laissé dans l'ombre ou remis en lumière, suivant que l'attention des esprits était plus ou moins dirigée sur tel ou tel système organique désigné plus particulièrement, par les recherches spéciales de quelque esprit novateur, comme le siége et la source des phénomènes prédominants de la santé et de la maladie.

Il serait curieux de suivre, surtout depuis l'importance capitale donnée aux recherches anatomiques, les vicissitudes qu'ont subies sous ce rapport l'art et la science, suivant ce qu'on pourrait appeler la mode *organique* du moment. On verrait ainsi, dans les premières années du dix-neuvième siècle, l'attention de tous les médecins explorateurs fixée sur les *maladies du cœur*, par les cliniques et les écrits du célèbre Corvisart. Déjà pourtant, du temps de Malpighi, qui regardait avec raison comme une découverte appartenant à son siècle (dix-septième) l'histoire des anévrysmes du cœur et de l'aorte ; déjà, dis-je, à cette époque, Albertini exprimait la crainte qu'après avoir si longtemps méconnu ce genre de lésions, on ne tombât dans un excès contraire, en les soupçonnant là où elles n'existaient pas, et en leur attribuant des accidents morbides qui leur étaient étrangers. *L'aortite*, à son tour, a été sur le point d'enlever à la *gastro-entérite* le privilége de l'explication organique des fièvres. La *phlébite* a eu son règne ; l'appareil digestif, le cerveau, la moelle épinière ont dominé quelques années ; les reins eux-mêmes, qui languissaient dans une profonde obscurité, ont un moment envahi l'horizon de la science, comme le prouve une citation qui vient trop à propos dans mon sujet pour que je me refuse le plaisir de la faire.

L'auteur d'un savant et volumineux *Traité sur les maladies des reins*, après avoir exprimé toute son indignation contre les médecins qui méconnaissent la fréquence et la gravité de ces maladies, poursuit ainsi : « L'étude des maladies chroniques des voies urinaires montre tous les jours comment ces affections s'enchaînent, se multiplient et se produisent les unes à la suite des autres, et amènent consécutivement des altérations profondes de la constitution, des lésions pulmonaires et intestinales, des altérations du sang, etc. »

Qu'on relise l'article *Encéphale* de la première édition du *Dictionnaire de médecine* en vingt-cinq volumes ; les articles *Fièvre* et *Anato-*

mie pathologique du même recueil... ; l'*Angiocardite* du *Traité des fièvres*, du professeur Bouillaud, la dernière édition du *Traité des maladies de la moelle épinière*, du docteur Ollivier (d'Angers), les leçons de Lisfranc sur les *maladies de l'utérus*, et l'on verra s'il y a rien d'exagéré dans la remarque qui précède !

Mais, pour nous en tenir à l'utérus, dont l'habile chirurgien de la Pitié a si fort exalté la prédominance dans la pathologie des femmes, avouons que c'est souvent un problème fort difficile à résoudre que celui que nous avons posé en tête de cet article, savoir : si la santé générale se dérange chez une femme par suite d'une lésion organique ou fonctionnelle de l'utérus, ou si au contraire celle-ci ne doit être regardée que comme effet ou complication, dans le très-grand nombre de cas où des accidents morbides complexes s'offrent à l'observation du praticien...

Aujourd'hui surtout, où, s'égarant sur les pas de quelques hommes célèbres, plusieurs auteurs ont complaisamment décrit dans leurs livres, comme lésions distinctes et sources d'accidents bien définis, une foule de nuances de situation, de configuration, de coloration, de texture, découvertes par le *spéculum* et interprétées par l'imagination facile de l'observateur !

N'ai-je-pas été bien des fois témoin de ces singulières assertions émanées d'hommes dont le nom pouvait faire autorité, et qui ne craignaient pas de prescrire et d'appliquer les médications générales et locales les plus actives et les plus rigoureuses à des femmes chez lesquelles le *spéculum* avait révélé l'existence de lésions utérines, déclarées aussitôt la source de tous les accidents..., bien souvent contre toute raison et contre toute évidence?

Que dire, par exemple, de deux dames arrivées aujourd'hui à la soixantaine, pleines de force et de santé, auxquelles, il y a plus de vingt ans, on avait annoncé, comme urgente et indispensable, l'amputation du col de l'utérus? Que dire de ces saignées, de ces cautères, de ces pratiques gênantes ou dangereuses auxquelles on avait astreint des femmes que la cessation de toute médication spéciale a délivrées promptement et des angoisses de la peur et des contraintes du traitement?

Un pareil sujet, que je n'ai fait qu'ébaucher dans diverses publications indiquées en note (1), comporterait un développement que je ne

(1) *Mémoire sur les ulcérations du col de la matrice et les abus du* spéculum uteri. Paris, 1837.

Leçon sur les névroses, publiée en 1840.

Mémoire sur les syphilides. Paris, 1840, et deuxième édition, 1847.

saurais lui donner dans cet article..., et je me circonscris dans un point limité du sujet en présentant seulement ici quelques remarques pratiques sur les dérangements de la santé des femmes, qui paraissent liés à des écoulements utérins.

Dans un Mémoire publié, il y a deux ans, je résumais de la manière suivante mon opinion sur ce genre de maladies :

« Les affections utérines, dont on a, depuis une vingtaine d'années, si ridiculement exagéré la fréquence et l'importance, se réduisent chez la plupart des femmes (qui ne sont atteintes ni de cancer, ni de tumeurs de diverse nature) : 1° ou à des maladies *vénériennes* (ulcères, soit *primitifs*, soit *consécutifs* du col de l'utérus, ou suites de *blennorrhagie*) ; 2° ou à des *leucorrhées*, qui tantôt ne sont qu'un épisode insignifiant d'un état général auquel le médecin doit ses principaux soins, et tantôt au contraire ont une influence prédominante qui peut devenir la source de divers accidents nerveux plus ou moins généraux, ou se borne à déterminer des incommodités locales. A cette dernière catégorie doivent encore être rapportés ces cas de congestion passive du col, d'ulcères accidentels, de prolapsus utérin, qui se rattachent le plus ordinairement aux suites de l'accouchement. »

Le cas suivant est un exemple frappant d'*ulcère vénérien* blennorrhagique du col de l'utérus :

Une jeune dame, mère d'un enfant de huit ans, douée d'une bonne santé générale, éprouvait depuis un an environ des dérangements menstruels, de la leucorrhée, de la pesanteur dans le bassin, sans que ces accidents l'eussent sensiblement inquiétée. Mais, ayant été adressée par son mari, homme de mœurs suspectes et affecté plusieurs fois d'écoulements, au chirurgien célèbre qu'il avait consulté lui-même dans ces diverses occasions, elle apprit de ce chirurgien qu'elle avait un ulcère, mais que cet ulcère ne reconnaissait point de cause spéciale et céderait uniquement à la cautérisation. Dès lors, de vives inquiétudes assiégèrent l'esprit de cette dame, et son imagination frappée lui fit croire à une augmentation de douleurs qui accrut encore ses alarmes. Deux cautérisations faites avec le nitrate acide de mercure, à six semaines de distance, n'amenèrent aucune amélioration ; alors la malade vint me consulter, se croyant en proie à une affection incurable. L'utérus, examiné au *spéculum*, m'offrit l'*érosion granulée* circulaire dont j'ai décrit ailleurs les caractères, c'est-à-dire, une ulcération superficielle, rouge, légèrement grenue, occupant les deux lèvres du museau de tanche, ulcération circonscrite par un limbe circulaire bien tranché. Je rassurai pleinement la malade en lui promettant une guérison certaine dans l'espace de deux ou trois mois, et en lui révélant d'ailleurs la nature *spécifique* de son mal, ce qui lui ôta désormais toute crainte d'affection cancéreuse.

L'administration de mon *sirop de deuto-iodure ioduré* à l'intérieur, et deux injections par jour avec l'*alcoolé tannique* (je reviendrai tout à l'heure sur ces deux précieux médicaments) amenèrent une guérison complète et ra-

dicale en moins de deux mois, sans qu'il fût besoin de recourir à aucune application caustique.

Voici maintenant un exemple de *blennorrhagie* simple :

Une femme, âgée de cinquante-trois ans, ne voyant plus ses règles depuis quatre ans, contracta, à la suite d'un rapprochement suspect, un écoulement qui datait de trois semaines lorsque je l'examinai, et qui s'accompagnait de souffrances génitales et pelviennes vagues; dans les premiers jours, il y avait eu de plus des cuissons en urinant. Une matière laiteuse sortait assez abondamment de l'orifice urétral, lorsqu'on appuyait sur la partie inférieure du canal avec le doigt introduit à l'entrée du vagin. Celui-ci était resté sain et exempt de sécrétion; mais le méat utérin fournissait un écoulement blanchâtre et lactescent assez analogue à celui observé au méat urinaire. Le col de l'utérus était un peu rosé, d'ailleurs petit et virginal (cette femme n'avait jamais eu d'enfant, et depuis la cessation des règles, elle n'avait point eu de flueurs blanches). Quinze jours d'un traitement, simplement antiphlogistique (nitrate de potasse à l'intérieur, bains de siége et injections émollientes) amenèrent la guérison.

Chez une autre femme qui présentait le même écoulement urétro-utérin, qu'elle distinguait fort bien des flueurs blanches auxquelles elle avait été plusieurs fois sujette, la blennorrhagie urétrale durant la période aiguë se compliqua, comme cela se voit assez souvent chez l'homme, d'un peu d'écoulement de sang par le canal urinaire.

La blennorrhagie persistant après la période aiguë fut combattue avec succès par les dragées Fortin (baume de copahu et cubèbe), qui supprimèrent promptement l'écoulement urétral et agirent un peu plus lentement sur l'écoulement utérin.

La *leucorrhée*, qu'il devient impossible, chez la plupart des femmes, de distinguer sûrement de l'écoulement utérin, qui peut persister plus ou moins longtemps après la cessation de tout écoulement urétral dans la période chronique de la blennorrhagie comparable à la blennorrhée de l'homme ; la leucorrhée, dis-je, ou catarrhe utérin, est le genre d'écoulement qui doit ici fixer notre attention d'une manière particulière.

Le cas suivant offrira l'exemple d'une leucorrhée exempte de toute altération de la santé générale, et remarquable en ce qu'un traitement local énergique (cautère actuel) exaspéra le mal qui céda au contraire promptement aux remèdes simples dont j'use ordinairement en pareille occurrence.

Une femme, âgée de trente-trois ans, non mariée, et n'ayant jamais eu d'enfant, avait été regardée comme atteinte de *métrite* grave, et traitée par un chirurgien éminent, qui avait jugé nécessaire la cautérisation du col de l'utérus avec le fer rouge. L'application du fer rouge avait été faite à trois reprises, à deux semaines environ de distance, et chaque fois elle avait été suivie de métrorrhagie. La leucorrhée avait d'ailleurs persisté, accompagnée d'un sentiment de pesanteur et d'embarras dans la marche et les exercices corporels.

Le col de l'utérus (virginal) était gonflé, turgescent, un peu violacé, et offrait les cicatrices encore appréciables, quoique superficielles, auxquelles avait donné lieu la cautérisation.

Le repos, les douches ascendantes froides, les injections à l'*alcoolé tannique*, plus, quelques bains sulfureux, déterminèrent, en cinq semaines, la résolution de la congestion utérine et la cessation de la leucorrhée.

La diathèse *dartreuse* est une cause assez commune de leucorrhée. Chez une jeune dame lymphatique, mariée depuis dix-huit mois, sujette à la gourme dans son enfance, nous vîmes ainsi une leucorrhée purulente et inflammatoire à son début, succéder à une éruption d'*ecthyma* ulcéreux. Lorsque nous examinâmes la malade au *spéculum*, le catarrhe utérin datait déjà de trois mois. La matière de l'écoulement était puriforme et venait baigner les parties externes; il prenait sa source au col utérin, lequel, petit et virginal, mais assez fortement rougi, ainsi que le fond du vagin, n'était d'ailleurs ni tuméfié, ni granuleux, ni ulcéré. Les bains sulfureux, avec injections-douches de même nature dans le bain, l'iodure de potassium à l'intérieur, un régime substantiel, rétablirent complétement la santé générale qui était affaiblie et altérée, mais ne purent guérir le catarrhe utérin. Après deux mois environ de ce traitement, on en vint aux injections d'*alcoolé tannique*, qui eurent les plus heureux résultats.

La diathèse *goutteuse* et *rhumatismale* est encore une cause de leucorrhée (ordinairement accompagnée de congestion du col de l'utérus et de douleurs pelviennes).

J'ai vu plusieurs fois la névralgie sciatique, des douleurs articulaires des extrémités, et autres accidents névralgiques et goutteux, succéder, chez des femmes pléthoriques, et ayant dans leur famille des antécédents goutteux, à la suppression de la leucorrhée, ou bien alterner avec le catarrhe utérin. Ce sont les cas de ce genre qui avaient fait donner à la maladie le nom de *rheuma uteri* par quelques auteurs des dix-septième et dix-huitième siècles.

La *mélancolie* et l'*hystérie*, surtout chez les femmes qui ont été vivement impressionnées par les conseils de quelques hommes de l'art, trop disposés à exagérer l'importance et la fréquence des affections utérines, même les plus innocentes, deviennent fréquemment une source d'accidents nombreux avec lesquels peut coexister la leucorrhée, et c'est alors que le diagnostic et la thérapeutique se ressentent des appréciations diverses des médecins ou des chirurgiens consultés. Je ne saurais dire combien de fois, appelé à me prononcer sur la nature de ces accidents, je n'ai pu m'empêcher d'établir une étiologie, un diagnostic et une thérapeutique tout à fait en opposition avec les arrêts portés par

des confrères imbus des préjugés qui ont régné presque généralemen sur ce sujet, il y a une douzaine d'années, et qui sont loin encore d'être dissipés.

Souvent j'ai réussi à chasser les inquiétudes des malades et à guérir, ou du moins à améliorer la leucorrhée et la névrose coexistante par les sédatifs astringents, le régime, la distraction, les bains de mer, et autres agents propres à fortifier et à régulariser le système nerveux; mais il est des cas aussi où le moral fortement ébranlé, et la constitution affaiblie et détériorée, ont rendu vains tous mes efforts. Un des plu tristes exemples de ce genre est le suivant : il y a quelques années, je fus mandé chez une demoiselle âgée de trente-cinq ans, que l'on m'avait adressée de la province comme arrivée au dernier terme d'une maladie de matrice qui la réduisait au désespoir, et qui, disait-on, ne lui avait permis qu'à grand'peine de supporter le voyage de Paris.

Cette personne avait reçu antérieurement les soins de plusieurs médecins éminents de la capitale et de la province ; tout l'arsenal de la thérapie utérine des modernes avait été déployé : repos horizontal, pessaires, injections, sangsues au col de l'utérus, cautérisations du museau de tanche, etc. Le diagnostic n'avait pas toujours été précisé par les consultants; les uns s'étaient bornés à la désignation vague de *métrite* chronique, d'autres avaient parlé de *prolapsus, antéversion, ulcérations, granulations*, etc.

Je ne trouvai rien autre chose qu'un peu de leucorrhée insignifiante. La matrice petite, virginale, très-mobile, ne présentait aucune altération..., et cependant la malade, pâle, maigre, faible, profondément mélancolique, accusait une vive sensibilité au toucher, des douleurs dans les lombes, dans les aines, à l'hypogastre, dans les cuisses; elle avait la triste conviction de l'existence d'une maladie grave et incurable de l'utérus, elle en perdait l'appétit et le sommeil..., et malgré tous mes raisonnements, je ne pus parvenir à combattre cette *monomanie*. J'obtins seulement que cette pauvre femme fît quelques efforts pour manger et pour prendre de l'exercice. Quant aux remèdes fortifiants et antispasmodiques que je lui conseillai, elle ne s'y soumit qu'avec répugnance, et ne les employa que fort irrégulièrement. Il est à remarquer que les menstrues étaient restées régulières, ce qui ne s'accordait guère avec l'existence d'une lésion grave de l'utérus.

Au contraire, chez les femmes dont la santé générale offrait encore quelque résistance, et surtout chez celles que le raisonnement pouvait convaincre de l'inanité des craintes qui leur avaient été suggérées, soit par l'imitation, soit par les avis mal interprétés de quelques hommes de l'art, j'ai toujours réussi, à l'aide du traitement sédatif et astringent,

à dissiper la leucorrhée et les accidents nerveux qui étaient venus s'y joindre, ou du moins à obtenir qu'ils devinssent tolérables au point de ne nuire en rien à la santé et au bonheur domestique. Ma clinique de l'hôpital Saint-Louis, et la pratique de quelques-uns de mes honorables confrères de Paris et de la province, me fourniraient facilement des exemples à l'appui de mes assertions que je n'ai pas craint d'ailleurs de produire dans mainte occasion solennelle et publique.

Mais, je dois aller plus loin encore et ne pas craindre d'énoncer franchement mon opinion, non-seulement sur la fréquence des cas de *névrose* rattachés à tort à une lésion utérine, mais encore sur l'influence *pathogénique* du moral qui peut simuler aux yeux de la malade et même à ceux du médecin une utéropathie qui n'existe réellement pas (au moins à l'état matériel appréciable et attaquable par les pratiques spéciales généralement employées par les chirurgiens) ; bien plus, qui, dans quelques circonstances particulières, peut provoquer le développement de lésions organiques dont on n'aurait probablement pas eu sans cela à craindre l'explosion.

Le médecin philosophe et observateur ne saurait trop méditer le passage suivant de *Vanswieten* que j'ai déjà eu plus d'une fois l'occasion de rappeler, et qui donne une idée si juste de l'influence du moral sur le physique :

« L'homme, comme l'enseigne la physiologie, est composé de deux parties distinctes quoique unies entre elles, le corps et l'esprit; différentes par leur nature, ces deux parties du même tout se comportent à l'égard l'une de l'autre, comme le prouve l'observation, de telle sorte que, suivant les paroles de Boerhaave (*Inst. méd.*), les diverses émotions morales se joignent constamment à des conditions corporelles déterminées ; et que, d'autre part, ces mêmes impressions morales, sans changement matériel préexistant, si elles sont profondes et persévérantes, entraînent à leur suite la production d'un état organique analogue à celui qui, s'il avait préexisté, aurait dû provoquer les mêmes conditions morales. Et bien que, d'après ce que nous savons de l'esprit et du corps, il n'y ait pas d'explication rationnelle qui puisse nous rendre un compte satisfaisant de cette influence réciproque, cependant l'observation prouve qu'elle est réelle (et que des effets matériels résultent des impressions morales, et *vice versâ*).

Sanctorius, dans ses expériences de statique animale, nous a appris que la liberté de la transpiration développe l'hilarité de l'esprit, et que la gaieté, à son tour, provoque la transpiration. Au contraire, la suppression de la transpiration amène un sentiment de lourdeur et de tristesse, tandis que, d'autre part, si une triste nouvelle vient frapper l'esprit, la transpiration se supprime, et le corps est alourdi. Lorsqu'une femme est prise d'un accès hystérique, souvent l'estomac se gonfle avec une grande anxiété et une émotion si triste et si pénible, qu'il en naît quelquefois le dégoût de la vie : la solution du spasme, suivie d'éructation gazeuse, fait cesser l'angoisse mo-

rale et rend la sérénité à l'esprit. Réciproquement, si une femme hystérique vient à éprouver subitement une forte peine morale, elle éprouve, par le fait seul de l'agitation de l'esprit, les mêmes accidents physiques que nous avons signalés. L'inflammation des méninges du cerveau change l'homme le plus calme en un frénétique furieux, qui se jette avec emportement sur tous ceux qui se présentent. D'autre part, un mouvement de colère provoque souvent une méningite mortelle. Beaucoup d'autres exemples viendraient à l'appui de mon assertion, mais ceux que j'ai rappelés suffiront. La même chose est manifeste dans la mélancolie. Lorsqu'en effet une idée fixe (de nature triste) occupe habituellement l'esprit, on voit se produire cette cachexie humorale particulière, que les anciens désignaient sous le nom d'*atrabile*, et, par contre, lorsque cette condition matérielle existe de prime abord, elle produit l'idée fixe, à laquelle, malgré tous ses efforts, le mélancolique ne peut se soustraire (1). »

Les sophismes de Cabanis, de Georget et de quelques autres écrivains modernes, les déductions anatomiques des *organiciens* de nos jours me paraissent bien peu propres à faire oublier ce langage si simple et si naïf fondé sur la véritable observation médicale ! Combien d'exemples, chez les femmes surtout, la clinique bien interprétée n'offre-t-elle pas aux praticiens de l'influence pathogénique du moral !

C'est donc faire déjà beaucoup pour le soulagement des malades, que de chasser la triste préoccupation d'esprit qui tend à entretenir et même à provoquer des accidents morbides. J'ai vu des femmes traitées de prétendues lésions de l'utérus, que cette seule préoccupation morale avait réduites à un état véritable de marasme et de cachexie, et qui sont revenues à la santé lorsqu'on leur a fait cesser le traitement qui entretenait leurs craintes, en occupant sans cesse leur esprit du danger attaché aux maladies graves de la matrice.

Lors donc qu'il n'existe, comme c'est le cas le plus commun, qu'une leucorrhée liée à un peu de congestion passive du col utérin, avec fatigue, pesanteur, et quelques accidents nerveux sympathiques, dont le plus important et le plus fréquent est un degré plus ou moins prononcé de *gastralgie ;* voici quel est le plan de conduite qui me paraît le plus propre à dissiper ces accidents, en même temps qu'il offre le moins le danger que j'ai signalé de donner à la malade des craintes exagérées sur son état.

1° *Usage quotidien de bains de siége froids.* Ces bains de siége doivent durer environ dix minutes. On se recouche durant un quart d'heure après le bain de siége (pris ordinairement le matin), afin de bien sécher la peau.

J'ai vu ce seul remède, si simple et si innocent, dissiper comme par enchantement les douleurs quelquefois assez vives jointes à une conges-

(1) *Comment. Aph. Boer.*, De Melancholià.

tion passive de l'utérus accompagnée de leucorrhée, surtout à la suite de l'accouchement. Bien entendu toutefois que, dans les circonstances communes, on n'a recours à ce moyen que quelques semaines après les couches.

Dans tous les cas de *leucorrhée* chez les femmes nerveuses et lymphatiques, le bain de siége froid a les plus heureux résultats.

2° *Injections froides astringentes.* Le vinaigre rosat et l'*alcoolé tannique* sont les deux astringents que j'associe le plus ordinairement à l'eau froide, dans la proportion d'un dixième environ et souvent moins. L'*alcoolé tannique,* préparation aromatique de poudre de noix de galle saturée d'alcool dans l'appareil dit en pharmacie appareil à déplacement, a été l'objet d'une notice insérée dans le *Bulletin de thérapeutique* en 1837 (1). Cette préparation énergique, et dont je ne saurais assez vanter les bons effets, avait été faite sur mes indications, à l'imitation d'une formule qui m'avait été communiquée par un empirique pour en faire l'essai dans mon service de l'hôpital de l'Ourcine en 1836. Depuis onze ans, je n'ai cessé de l'appliquer avec fruit dans cet hôpital, puis dans mes salles de l'hôpital Saint-Louis et dans la pratique de la ville. J'ai publié de nombreux faits concluants à l'appui de l'utilité de ce remède contre la leucorrhée, le relâchement utérin, la congestion passive du col, et même les ulcérations de cette partie.

Les injections doivent être faites, non pas avec les petites seringues à courant continu, qui n'ont aucune force de projection, ni avec des canules qui se terminent par une olive percée de trous, mais avec une seringue à quart de lavement ordinaire, à canule courbe, percée d'une seule ouverture directe, que l'on surmonte d'une courte canule en gomme élastique percée de même d'un seul trou. Après l'avoir bien huilée, la femme introduit lentement cette canule dans le vagin, aussi haut qu'il lui est possible, sans faire d'effort, puis elle pousse l'injection avec un peu de force pour qu'elle aille frapper le col de l'utérus.

Je me borne le plus ordinairement à deux injections par jour.

3° *Douches ascendantes froides.* Ces douches, tellement abandonnées lorsque je suis venu les remettre en vigueur, qu'elles n'existaient ni à l'hôpital de l'Ourcine, ni à l'hôpital Saint-Louis, peuvent s'administrer à l'aide de divers appareils. Le plus simple et le plus commode en ville, consiste dans l'addition d'un tuyau élastique convenable à l'instrument nouveau qui a à peu près la forme d'un corps de seringue ordinaire en cuivre, et qui est usité pour lavements et pour injections dans plusieurs hôpitaux. Dans les établissements de bains, on use du

(1) Tome XI, page 318.

siége destiné aux douches rectales, en ajoutant à la canule à demeure une canule courbe et mobile qui peut être introduite dans le vagin. Ces douches ascendantes froides, de quelques minutes de durée, répétées tous les jours ou tous les deux jours, m'ont donné les résultats les plus prompts et les plus décisifs dans divers cas de leucorrhée chronique, accompagnée de congestion du col de l'utérus et de douleurs pelviennes, lombaires et fémorales, qui rendaient la marche difficile. Chez quelques femmes pourtant je les ai vues produire la métrorrhagie; mais cet accident, en contribuant à dégorger le col de l'utérus, a paru plus avantageux que nuisible, car il ne s'est montré que chez les femmes sanguines et n'a pas continué après la cessation des douches.

4° *Bains de mer*. La leucorrhée chronique, le relâchement et la congestion du col utérin qui s'observent chez beaucoup de femmes à la suite des couches, la disposition à la métrorrhagie qui s'y joint chez quelques-unes d'entre elles, l'affaiblissement, l'amaigrissement, les accidents nerveux variés, gastralgiques, hystériformes, mélancoliques et autres, qui se rencontrent en pareil cas, cèdent comme par enchantement aux bains de mer. Malheureusement, quand les femmes, après la saison des eaux, viennent se replacer dans les conditions débilitantes et énervantes où se trouvent la plupart des habitants de nos grandes villes, la guérison n'est que temporaire et le mal se reproduit.

Lorsque la leucorrhée est liée à une diathèse spéciale, strumeuse, dartreuse, vénérienne, goutteuse et rhumatismale, outre le traitement local de l'écoulement, il devient nécessaire de combattre la diathèse par un traitement général spécifique.

Il est d'ailleurs certain, comme le croyaient les médecins observateurs des dix-septième et dix-huitième siècles, que l'utérus sert souvent d'émonctoire pour évacuer des fluides dont la sécrétion et l'expulsion amènent une sorte de dégorgement et de dépuration nécessaires au rétablissement de l'équilibre des fonctions. Cela s'observe surtout dans les diathèses dartreuse, goutteuse, rhumatismale et scrofuleuse. Cela se voit aussi dans la crise de beaucoup d'indispositions et de maladies qui se jugent par ces sortes d'évacuations critiques. Voir alors une affection locale de l'utérus qu'il faut combattre comme la source du dérangement de la santé, c'est s'exposer à des erreurs et à des mécomptes que la déviation *anatomique* de la philosophie médicale de notre époque a multipliés plus qu'on ne saurait le croire.

Dans ces sortes de cas, c'est l'état général qui doit être pris d'abord en considération; ce qui a trait à l'affection utérine devient tout à fait secondaire.

Les observations que nous avons citées plus haut montrent de quelle

*

façon la diathèse dartreuse, par exemple, ou la diathèse vénérienne, étant d'abord combattue par les remèdes appropriés, on peut ensuite opposer des moyens particuliers à l'affection utérine.

Notre *sirop de deuto-iodure ioduré*, qui est, pour nous, le remède spécifique de prédilection contre la diathèse vénérienne, a été l'objet dans ce journal d'un travail particulier, auquel nous renvoyons nos lecteurs (1).

Les émissions sanguines (lorsqu'il y a pléthore), les purgatifs, les bains alcalins gélatineux, le régime ; dans certains cas, l'eau de Vichy, composent la médication à laquelle nous avons le plus ordinairement recours dans le cas de diathèse goutteuse.

Nous opposons à la diathèse strumeuse : l'huile de foie de morue, l'huile de Cade, l'iodure de potassium, la solution étendue d'arséniate de soude, les bains sulfureux, les bains de mer.

La diathèse dartreuse, suivant le tempérament auquel elle s'allie, réclame les sulfureux, les purgatifs, les sels ferrugineux, acidulés, arsenicaux même... Toutes deux s'accommodent bien en général des astringents locaux, tels que l'alun, l'acétate de plomb, le vinaigre rosat, l'alcoolé tannique, le chlorure de soude, employés en lotions et en injections.

Bien entendu que dans cette esquisse thérapeutique nous avons toujours eu en vue la leucorrhée chronique et ces indispositions communes chez les femmes dont la santé, dérangée déjà depuis un certain temps, offre des phénomènes qui ont été, le plus souvent à tort, regardés comme des indices de *métrite* chronique. Les cas aigus, moins communs et plus faciles à reconnaître et à traiter, donnent rarement lieu à des méprises du genre de celles que notre but était de signaler d'une manière particulière dans ce travail uniquement fondé sur l'observation clinique.

Notre intention, d'ailleurs, est d'insister ultérieurement, dans une série d'articles successifs, sur chacun des points en particulier, qui sont simplement indiqués dans ce Mémoire.

GIBERT.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE SÈCHE DES MEMBRES ;

Par M. JOBERT DE LAMBALLE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Bien que les exemples de gangrène sèche des membres ne soient pas excessivement rares, il n'est cependant pas commun de la voir

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, juin 1844.

survenir à la suite d'une piqûre faite avec un instrument imprégné de matière septique. On peut même dire que cette cause n'a pas été jusqu'à présent indiquée par les auteurs. Ainsi, Boyer parle bien d'une gangrène résultant de la malignité de la cause de l'inflammation, d'un agent délétère ou d'une substance hétérogène pernicieuse répandue dans l'économie animale et qui porterait la mort dans l'endroit où elle se rassemble ; mais ici, Boyer parle d'une gangrène humide, ce n'est que quelques pages plus loin qu'il décrit la gangrène sèche ; on voit de plus, par le passage que nous venons de citer textuellement, que l'illustre chirurgien de la Charité considérait cet agent délétère comme une cause générale, pouvant agir consécutivement sur plusieurs points non déterminés du corps. Dans le Compendium de médecine pratique, on lit la phrase suivante : « Un sujet se blesse avec un instrument imprégné d'une liqueur putride, et, bientôt après l'apparition de divers symptômes de résorption, des gangrènes se forment aux membres ou dans d'autres tissus. » Mais, outre qu'ici les auteurs n'indiquent pas quelle espèce de gangrène, on voit qu'ils considèrent, comme Boyer, la liqueur putride seulement comme une cause générale donnant lieu à une altération du liquide en circulation ; en effet, quelques lignes plus bas, en parlant de la pustule maligne et des maladies charbonneuses, ils font remarquer comme caractère distinctif, que dans ces affections la gangrène se développe dans le point même qui a reçu le contact de la matière septique.

Comme on le voit, le sujet est entièrement neuf, et les trois faits qui se sont présentés à l'observation de M. Jobert ont une importance telle, qu'il nous a paru utile de les faire connaître, ainsi que les considérations émises par l'habile chirurgien sur le mode d'action de la matière septique.

Voici d'abord les faits :

Obs. I. *Piqûre d'épingle imprégnée de matière septique, gangrène sèche du doigt indicateur précédée des phénomènes généraux de l'intoxication ; désarticulation ; guérison.* — Le nommé Gaudron Etienne, cinquante-sept ans, est employé à la buanderie de l'hôpital Saint-Louis. Dans la journée du 27 octobre, cet homme, d'une bonne constitution, était occupé à rassembler le linge sale, lorsqu'il se piqua avec une épingle laissée après les linges qui avaient servi aux pansements. La piqûre fut assez profonde pour que le paquet de compresses lui restât suspendu au doigt. Il eut bien immédiatement le soin de faire saigner abondamment la petite plaie, de la laver à grande eau ; malgré ces précautions, le soir même le doigt était engourdi et le siége de quelques douleurs, qui n'empêchèrent pas Gaudron de se remettre à son travail le lendemain 28 septembre. Mais, vers deux heures de l'après-midi, il fut pris d'un frisson interne auquel succédèrent des alternatives de chaud et de froid ; vers le

soir, il survint même du délire, de la courbature, de l'inappétence. A dix heures du soir, le délire se calma, mais toute la phalange unguéale du doigt indicateur devint le siége de phlyctènes qui contenaient une eau rousse presque noire; dans les intervalles qui existaient entre ces phlyctènes, la peau était noire, complétement insensible.

Les symptômes généraux se dissipèrent les jours suivants, l'appétit revint, mais le doigt se dessécha, devint complétement noir comme on l'observe dans la gangrène sénile. C'est alors que le malade entra dans la salle Saint-Augustin, où nous constatâmes l'état suivant : les deux dernières phalanges du doigt indicateur sont noires, desséchées, racornies, froides et insensibles. La gangrène s'étend un peu plus sur la face dorsale du doigt que sur la face palmaire. Tout autour de l'escarre, les chairs sont boursouflées et le siége du travail d'élimination. La gangrène est parfaitement limitée. L'état général est satisfaisant.

Après avoir laissé, pendant quelques jours, le travail d'élimination se faire, la partie gangrénée devint mobile au niveau de l'articulation de la première phalange avec la seconde. M. Jobert se décida alors à en pratiquer la désarticulation. A partir de ce moment, la plaie présenta tous les caractères d'une plaie simple qui suppure ; elle se recouvrit de bourgeons charnus, et la cicatrisation ne se fit pas attendre.

Obs. II. Le 21 novembre 1847, est entrée à l'hôpital Saint-Louis la nommée Simonneau Marie, âgée de cinquante ans, garde-malade. Cette femme, d'une forte constitution et d'une santé habituellement bonne, donnait des soins à une dame qui avait subi, quelques jours auparavant, l'amputation d'un sein; elle était occupée à coudre ensemble les linges qui, ayant servi au pansement, étaient imprégnés de pus et de matières septiques, lorsqu'elle se piqua avec son aiguille la pulpe du pouce droit. Elle n'y fit d'abord pas grande attention ; mais, le soir même, ses doigts et sa main étaient engourdis. Elle n'en continua pas moins d'aller travailler, et ne ressentit aucun malaise; ce n'est que le surlendemain, dans la nuit, qu'elle fut prise d'un frisson violent, accompagné de céphalalgie, de courbature, d'inappétence, de vomissements et de diarrhée. Le lendemain matin, les doigts étaient noirs, desséchés, racornis; elle entre alors à l'hôpital Saint-Louis. Pendant les huit premiers jours, les symptômes généraux persistèrent, quoique avec une intensité moindre; au bout de ce temps, l'appétit revint, la gangrène se limita, et, le 7 décembre, M. Jobert se décida à pratiquer la désarticulation de la phalangette. Aucun accident ne se manifesta, et cette malade est sortie de l'hôpital le 15 de ce mois, complétement guérie, conservant une grande partie de son doigt.

A ces deux faits observés à l'hôpital Saint-Louis, nous en ajouterons un troisième que ce chirurgien a observé en ville avec M. le docteur Deleroque père.

Obs. III. Le nommé Denis, âgé de cinquante ans, habituellement bien portant, est domestique chez un agent de change dont le fils s'occupe de peinture. Chaque soir, ce domestique nettoie l'atelier de son jeune maître. Parmi les matières qu'il avait à toucher, se trouvaient des poisons minéraux et quelquefois des substances animales en putréfaction. Quoi qu'il en soit, c'est après avoir

nettoyé l'atelier, que cet homme sentit le pouce de la main droite s'engourdir. Bientôt des symptômes généraux intenses se déclarent : de la céphalalgie, de la courbature, de l'inappétence, des vomissements, le tout précédé de frisson violent. La phalange unguéale du pouce ne tarda pas à être frappée de gangrène; elle devint noire, se dessécha, se racornit, perdit toute sa chaleur animale et sa sensibilité. Ce fut alors que M. Jobert fut appelé auprès du malade. Comme son attention avait été éveillée sur ce sujet par les faits dont il était témoin à son hôpital, ce chirurgien questionna ce malade, et apprit que le jour même où s'étaient manifestés ces symptômes généraux, cet homme portait au pouce une excoriation à laquelle il n'avait fait aucune attention, attendu qu'elle ne l'empêchait point de se livrer à son travail habituel. Dès lors, il n'y eut plus de doute pour M. Jobert, la gangrène était le résultat d'une matière septique qui avait agi par inoculation. M. Jobert pratiqua la désarticulation de la phalange unguéale; mais la gangrène ne se borna pas là : la première phalange du pouce fut elle-même bientôt envahie, et il fallut en pratiquer la désarticulation. A la suite de cette seconde opération, la gangrène s'arrêta bien; mais il survint du phlegmon diffus, qui s'étendit à tout l'avant-bras, et le malade, dont la vie était en danger par l'abondance de la suppuration, ne dut son salut qu'aux nombreuses incisions qui furent pratiquées pour donner issue au pus. Aujourd'hui ce malade est presque complètement guéri.

« Ces trois faits, dit M. Jobert, sont de la plus haute importance; ils vous montrent une espèce de gangrène qui n'a pas encore été décrite par les auteurs, et qui n'a de la gangrène sénile que l'aspect extérieur. Il n'y a là ni artérite, ni lésion du système veineux ou du système nerveux, et si nous nous reportons aux symptômes généraux éprouvés par nos trois malades, il est impossible de ne pas admettre qu'il y a eu là un véritable empoisonnement du doigt produit par l'inoculation d'un virus qui a agi de la même manière que celui qui produit la pustule maligne. Dans la pustule maligne, en effet, que voyons-nous? un virus qui détermine la gangrène des parties sur lesquelles il est déposé, et des symptômes généraux graves : il y a seulement ici une différence importante à établir, sinon sous le rapport du virus considéré en lui-même, au moins sous celui de son intensité : le virus, en effet, qui produit la pustule maligne, a une action en quelque sorte indéfinie, tandis que celui dont nous parlons maintenant a une énergie moins intense; la gangrène qui en est la conséquence se limite toujours après un certain temps, la force s'affaiblit de plus en plus; et cela est tellement vrai, qu'il peut arriver et qu'il arrive, comme je l'ai observé sur le malade de M. Delaroque, qu'après avoir épuisé toute sa force désorganisatrice, gangréneuse, le virus conserve encore assez d'énergie pour produire, non plus la mortification des tissus, mais une inflammation diffuse, un véritable phlegmon diffus. Vous n'avez pas oublié les accidents inflammatoires qui, après la gangrène complète du pouce, ont envahi l'avant-bras de ce domestique dont

je vous ai raconté l'histoire il n'y a qu'un instant, et qui n'a dû sa vie qu'aux nombreuses incisions que j'ai pratiquées pour donner une facile issue au pus. En présence d'un fait de cette nature, il est impossible de ne pas se rappeler ce que Dupuytren disait de l'inflammation qui survient à la suite de la saignée du bras. Pour lui cette inflammation n'était pas le résultat direct de la saignée, mais bien celui d'une idiosyncrasie, d'une constitution particulière. Je ne partage pas l'opinion de Dupuytren, et pour moi l'inflammation qui succède à la saignée dépend uniquement d'une matière septique, espèce de virus inoculé par la lancette. Voilà pourquoi je considère les piqûres anatomiques comme des accidents dus à la pénétration de la matière septique.

Pour me résumer, je vous dirai que, suivant moi. les accidents inflammatoires ou autres qui succèdent à la piqûre d'une lancette ou d'un scalpel, ou qui semblent se développer spontanément, comme dans les trois faits que je vous ai fait connaître et dans la pustule maligne, tous ces accidents, dis-je, sont le résultat d'une seule et même cause dont le mode d'action est absolument le même, et ne présente de différence que dans son intensité : ici l'action du virus se borne à une inflammation diffuse phlegmoneuse; là il produit une gangrène locale qui se limite par défaut de matière virulente, en quelque sorte, bien que sa force ne soit pas toujours épuisée; mais alors, rentrant dans les conditions du cas précédent, son intensité n'est plus susceptible que de donner lieu à une inflammation phlegmoneuse. Plus loin, enfin, nous voyons le virus agir d'une manière illimitée, détruire indéfiniment tous ces tissus, c'est le cas de la pustule maligne.

« Le traitement de cette nouvelle espèce de gangrène se divise en traitement général et traitement local.

« Le traitement général, qui n'est ici qu'accessoire, consiste dans des boissons adoucissantes, de légers dérivatifs sur le canal intestinal, et l'opium à l'intérieur. Malgré la gravité et l'intensité des symptômes généraux, il faut bien se garder de pratiquer des saignées, qui n'auraient ici pour effet que de faciliter l'absorption du virus, et de déterminer des accidents beaucoup plus graves. Tous les efforts du chirurgien doivent tendre, au contraire, à localiser, autant que possible, l'action de la matière septique, à la détruire complétement s'il se peut. Or, il n'y parvient qu'au moyen du traitement local. Ce dernier est celui même de la pustule maligne, c'est-à-dire la cautérisation pratiquée avec le fer rouge. Ce n'est pas sans raison que je parle du fer rouge; tout autre caustique n'attendrait pas le but aussi bien, car il faut ici une action profonde et en quelque sorte instantanée, qui attaque et détruise immédiatement tout le virus qui n'a pas encore agi. Si ce dernier a déjà

produit la gangrène d'une certaine quantité de tissus; si, d'un autre côté, la gangrène est peu étendue, il ne faut pas hésiter à cautériser encore, de manière à attaquer le virus au delà de l'escarre qui existe. Si, enfin, la gangrène a produit la mortification de toute l'épaisseur d'un organe, comme d'un doigt ou d'une phalange, il n'y a plus d'autre ressource que dans l'extirpation.

Toutefois, lorsqu'on est obligé d'en venir à ce moyen extrême, il ne faut pas oublier que, pour les doigts de la main, le plus petit moignon peut être d'une grande utilité. Le chirurgien, en pareil cas, fera donc bien de respecter la partie de l'organe, quelque petite qu'elle soit, qui n'aura pas été envahie par la gangrène. »

R.

DE L'ENGORGEMENT INFLAMMATOIRE DES GANGLIONS CERVICAUX ET DE SON TRAITEMENT PAR DES PONCTIONS MULTIPLES.

Lorsque l'inflammation envahit une partie quelconque du corps, elle y détermine des changements organiques qui laissent trop souvent des traces prolongées et des altérations nuisibles à sa conformation et à ses usages. Ce que l'on appelle généralement les terminaisons de la phlogose, constitue les principaux de ces désordres. Ainsi, la suppuration et la cicatrisation des tissus enflammés produisent des indurations, des rétractions, des cicatrices presque toujours défavorables. Aussi la résolution est-elle la meilleure manière dont puissent se juger les engorgements, et les praticiens font-ils leurs efforts pour l'obtenir.

La thérapeutique possède sans doute des agents puissants pour parvenir à ce résultat avantageux; mais des faits trop nombreux démontrent journellement combien il reste encore à désirer à ce sujet. En faisant connaître une nouvelle ressource pour les cas de ce genre, nous répondons aux vœux de la pratique et à la nature de notre publication. Plusieurs fois déjà M. le professeur Velpeau avait eu recours aux ponctions multiples contre des engorgements inflammatoires, lorsqu'il les mit en usage sur un malade qui a fait l'objet d'une des plus brillantes leçons du concours actuellement pendant au sein de notre Faculté de médecine. Nous croyons être doublement agréable à nos lecteurs en leur communiquant les effets avantageux des ponctions multiples et les réflexions qu'elles ont suggérées à M. Alquié.

Le malade soumis à l'examen de ce médecin était un homme adulte, ouvrier de port, doué d'une constitution robuste, mais éprouvant assez

fréquemment des catarrhes pulmonaires. Il avait reçu un violent coup sur la joue gauche, lorsqu'il éprouva une douleur à la région parotidienne correspondante. Il ne suspendit pas cependant ses rudes travaux ; et déjà trois semaines s'étaient écoulées lorsque, couchant dans une chambre entièrement livrée aux courants d'air, il sentit ses souffrances augmenter rapidement, et la partie lésée prendre un développement considérable.

Cependant, cet homme ne se décida à venir à l'hôpital de la Charité que plusieurs semaines après : alors il présentait un engorgement de toute la région parotidienne gauche ; la tumeur s'étendait de l'angle de la mâchoire au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, et de l'auricule au niveau du cartilage thyroïde. Sa surface, très-injectée et offrant sept à huit piqûres, était inégale, rénitente, et donnait la sensation de corps durs, environnés de tissus spongieux mais fermes. Ces caractères, joints à une certaine mobilité, firent penser à la plupart des membres du jury qu'il s'agissait d'un phlegmon avec suppuration déjà établie, mais profonde. Certains crurent même que les ganglions et le tissu cellulaire intra-parotidien étaient envahis par l'inflammation. Du reste, la tumeur provoquait des douleurs lancinantes et accrues par l'exploration.

Après avoir retracé ces symptômes et l'état de son malade avec une rare habileté, M. Alquié établit nettement qu'il s'agit d'un engorgement inflammatoire, surtout des ganglions de la région parotidienne, d'une sorte de bubon borné en arrière par l'aponévrose de la glande salivaire, restée étrangère au travail pathologique, vu l'absence de toute lésion du nerf facial qui la traverse. Les douleurs éprouvées d'abord derrière la mâchoire étaient le début de ce mal, rapidement accru sous l'influence des intempéries auxquelles cet homme s'était exposé.

Saisissant avec sagacité la nature et le but des piqûres dont la tumeur est parsemée, M. Alquié reconnaît que les ponctions multipliées et hâtives des diverses tumeurs ou engorgements inflammatoires ont plusieurs fois procuré une écoulement sanguin déjà favorable et une perturbation vitale qui détourne en quelque sorte la tendance du mal vers la suppuration ; poursuivant cette idée, ce médecin soutient que ce moyen thérapeutique est d'autant mieux indiqué dans ce cas, qu'il n'existe pas de pus, malgré la fausse sensation de fluctuation dont la tumeur est le siége.

Maintes fois l'expérience prouve que les ponctions faites aux engorgements inflammatoires, alors que l'on croyait à l'existence du pus déjà formé, loin de produire une aggravation du mal, ont au contraire amené une déplétion salutaire et la résolution prompte, alors que l'on s'atten-

dait à un résultat éloigné et beaucoup moins favorable. Telle paraît du reste avoir été la source du moyen mis en usage par le professeur Velpeau. Dans le cas dont il s'agit, une ponction très-profonde a été pratiquée au sein de la tumeur dans le but d'en éclairer la nature, d'en vider le pus supposé formé et de produire un écoulement avantageux de sang. Cependant du pus n'existait point, et *le bistouri a traversé des corps durs*, de sorte que l'opinion émise par le candidat a été justifiée.

Toutefois, sept à huit ponctions faites avec la lancette dans les couches superficielles de cet engorgement inflammatoire, et des frictions mercurielles, depuis longtemps recommandées par le professeur Velpeau en pareilles circonstances, ont procuré une diminution assez rapide du mal, pour que, douze jours après, cet homme ait désiré quitter l'hôpital. La tumeur, il est vrai, n'avait pas entièrement disparu, puisqu'il restait plusieurs noyaux indurés; on sait, en effet, que les adénites laissent après elles les ganglions un peu volumineux et durs.

Cependant on ne peut se refuser à voir, dans cette marche rapide vers la guérison d'une telle maladie, et sa résolution alors que la suppuration était imminente, une preuve des bons changements déterminés par le moyen énergique mis en usage. Les applications de sangsues sont sans doute fort avantageuses en de telles occasions, et tous les jours elles rendent des services précieux dans le traitement des bubons divers et de tous les engorgements inflammatoires. L'écoulement du sang qu'elles procurent, l'irritation superficielle dont elles sont la cause, expliquent les heureux résultats qu'elles produisent. Néanmoins, leur puissance n'est pas encore assez grande, puisque l'on est obligé d'en réitérer l'emploi, sans même arrêter toujours le travail suppuratif.

En procurant un moyen plus énergique, les ponctions multiples et superficielles, faites à l'aide d'une lancette, méritent d'attirer l'attention des hommes de l'art. Elles peuvent remplacer les sangsues, considération importante dans la pratique civile, où la fortune des malades ne se prête pas constamment au désir du médecin et aux exigences des cas pathologiques. C'est là, du reste, une ressource que l'on a sous sa main dans toutes les circonstances; et ceux qui exercent à la campagne apprécieront facilement un tel avantage.

Déjà M. le professeur Velpeau a mis en usage les ponctions multiples contre les engorgements de l'aine, de l'aisselle, et de plusieurs autres régions où les ganglions lymphatiques et leur atmosphère cellulo-graisseuse étaient en proie à une inflammation aiguë ou subaiguë, comme dans le cas rapporté plus haut. Le même moyen a été appliqué aux phlegmons simples de plusieurs parties du corps, et presque tou-

jours il a procuré une perte de sang assez abondante et assez prompte pour ne pas en nécessiter une seconde application.

Nous devons faire remarquer que tous les engorgements ou tuméfactions inflammatoires ne nous paraissent pas comporter l'emploi des ponctions multiples. Depuis quinze ans environ, Dobson, Brigth, M. Lassis ont tenté cette ressource thérapeutique contre l'érysipèle ; mais une pareille maladie est peu susceptible d'être traitée avec avantage par les piqûres, car elle dépend ordinairement d'une affection interne dont on ne saurait ainsi triompher. En outre, l'érysipèle doit, par cela même, parcourir ses périodes, dont la perturbation menace trop souvent la vie de l'individu. Il n'en est pas ainsi lorsque les engorgements inflammatoires constituent une lésion principalement locale ; alors les agents directs sont très-propres à remplir les vœux du praticien et les tendances naturelles du mal. Les piqûres ou ponctions multiples nous paraissent applicables aux seuls cas où l'érysipèle violemment inflammatoire menace les tissus de graves désordres, que l'on peut ainsi diminuer ou détourner.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR LA PRÉPARATION DU CHLOROFORME. — INDICATION DE QUELQUES PROPRIÉTÉS DE CE PRODUIT, ET FORMULES POUR SON EMPLOI.

L'intérêt qui s'est attaché tout de suite au chloroforme sous le rapport physiologique ne pouvait manquer d'exciter l'émulation des pharmacologistes. Aussi de nombreuses améliorations ont-elles déjà été apportées au procédé d'obtention, et de nouvelles propriétés ont-elles été reconnues à ce produit, dont l'étude plus approfondie nous paraît devoir être encore si fertile en aperçus nouveaux. Quant à nous, aussitôt la publication des résultats obtenus par M. Simpson, nous nous sommes occupé du chloroforme sous le rapport pharmacologique. Nous venons donc faire connaître le résultat de nos recherches sur le mode d'obtention, les propriétés chimiques et les formes pharmaceutiques de ce fluide.

Le *Bulletin de thérapeutique* a fait connaître dans son dernier numéro le procédé d'obtention de M. Soubeiran, auteur de la découverte de ce produit ; nous n'avons donc pas à entrer dans ses détails. Nous avons reconnu qu'en suivant exactement ce procédé, on n'obtenait en chloroforme qu'un huitième ou un dixième du poids de l'alcool employé. Considérant qu'une grande quantité d'eau rend l'opération plus longue et, qu'à une température élevée, au contact d'un alcali, le chloroforme se détruit facilement, nous avons été amené à nous demander

si, en modifiant la proportion d'eau, on ne pourrait pas obtenir un rendement supérieur. En effet, en réduisant la quantité d'eau prescrite par M. Soubeiran d'un tiers (toutes les autres conditions du procédé observées), nous avons obtenu 450 grammes de chloroforme purifié, de 1000 grammes d'alcool à 90 degrés, c'est-à-dire presque la moitié du poids de l'alcool, ou quatre fois plus que par le procédé Soubeiran. On obtiendrait certainement un résultat plus avantageux en diminuant plus que nous ne l'avons fait la quantité d'eau. La proportion d'alcool, par rapport à celle de l'hypochlorite, est peut-être aussi trop forte. Un excès d'alcool, outre la perte de ce liquide, a pour inconvénient, en alcoolisant le produit distillé, de rendre plus apte la partie surnageante à dissoudre et à retenir du chloroforme.

Il nous a semblé qu'un contact non pas de 24 heures, comme quelques auteurs le recommandent, mais de deux à trois heures, était favorable au rendement ; tandis qu'en distillant de suite, une plus grande quantité d'alcool passait inattaquée. Selon M. Barse, la pression tendrait à amoindrir ce dernier résultat.

Le chloroforme étant volatil à une basse température, et sa distillation dans le mélange générateur ayant lieu vers 80 degrés, nous avons essayé de faire l'opération au bain-marie. Nous avons remarqué que, par cette modification au mode opératoire, le passage de l'hypochlorite de chaux ou de son résidu, par suite de boursouflement était sinon impossible (nous avons eu la preuve du contraire), du moins pas aussi à craindre que par la distillation à feu nu. Un bon moyen pour éviter le passage de l'hypochlorite dans le récipient au moment où la distillation va s'établir, est, en même temps que l'on diminue le feu, de refroidir avec des linges mouillés la partie supérieure de la cucurbite. Dans une opération comparative, nous avons obtenu sensiblement le même rendement avec l'un ou l'autre mode ; mais avec cette différence que, par l'opération à feu nu, le produit était de couleur safranée ; tandis que, par celle au bain-marie, il était incolore, ce qui paraît démontrer que ce dernier mode donne un produit tout de suite plus pur, et qu'il doit être préféré au premier.

Le chloroforme purifié par les moyens indiqués par M. Soubeiran, ainsi qu'il doit l'être pour l'usage médical, ne doit pas, comme l'a fait observer M. Mialhe, devenir opaque dans l'eau. Pour faire cet essai on laisse tomber quelques gouttes de chloroforme dans ce liquide, qu'il doit traverser sans perdre de sa transparence. Nous ajouterons qu'il ne doit pas précipiter par l'azotate d'argent. L'essai par l'eau fait découvrir l'alcool ; celui par l'azotate d'argent décèle le chlore libre. Le chloroforme pur ne précipite pas l'azotate d'argent, comme le font le chlore

et les chlorures ; il réduit seulement le métal de ce sel au bout de quelques heures de contact. L'inflammabilité pourrait, comme l'a fait observer M. Barse, servir à reconnaître l'impureté alcoolique du chloroforme. En effet, le chloroforme pur d'alcool n'est pas inflammable ; c'est là même un avantage que le chloroforme présente dans son emploi sur l'éther, dont la facile inflammabilité n'est pas sans danger.

Le chloroforme est beaucoup moins insoluble dans l'eau qu'on ne le suppose généralement. En effet, nous avons pu en faire dissoudre 40 gouttes dans 100 grammes d'eau distillée. Ces 40 gouttes, fait assez curieux, si l'on a égard à la pesanteur spécifique assez grande du chloroforme, ne pèsent qu'un gramme ou 1/2 grain chacune, mais on s'en rend bien vite compte, en considérant le volume de la goutte qui est fort petite. Avec quelques gouttes de plus et par une forte agitation, on obtient une sorte d'hydrate peu stable de chloroforme, sous forme de filaments et d'écailles qui se forment à la surface du liquide laissé en repos, mais qu'une faible secousse fait tomber au fond. Comme on le voit, la solubilité du chloroforme est à prendre en grande considération.

Plusieurs praticiens, pensant que le chloroforme peut être employé autrement qu'en inhalation, et peut satisfaire à d'autres indications que celle de faciliter les opérations chirurgicales, nous ont demandé quelles formes pharmaceutiques on pourrait lui faire revêtir. Disons tout de suite que cette idée d'administrer le chloroforme à l'intérieur ne date pas seulement depuis la constatation de la propriété anesthénisante de ce fluide. M. Guillot (Natalis) l'avait déjà employé, il y a quatre ou cinq ans, alors que le chloroforme n'était point introduit dans la matière médicale. Voici comment il l'employait : il mettait une quantité indéterminée de chloroforme dans l'eau, i agitait bien, laissait déposer l'excès de ce composé, et administrait le liquide surnageant. Les quelques expériences qu'il tenta lui firent reconnaître le chloroforme comme antispasmodique.

Nous avons vu plus haut que 40 gouttes ou 1 gramme de chloroforme peuvent se dissoudre dans 100 grammes d'eau distillée; mais considérant qu'à cette dose le liquide qui en résulte a une saveur très-forte, et que la dissolution pouvait ne pas être stable, nous proposons la formule suivante :

Eau chloroformisée.

Chloroforme pur...........	50 centigrammes (20 gouttes).
Eau distillée..............	100 grammes.

Agitez fortement pour opérer la dissolution.

On obtient ainsi un soluté parfaitement transparent, d'une saveur tout à la fois sucrée, menthée et éthérée, qui sera trouvée fort agréable par la plupart des malades. La cuillerée médicinale étant du 20 grammes, chaque cuillerée d'eau chloroformisée contiendra 4 gouttes, ou 1 décigramme de chloroforme.

Il est bien entendu que les praticiens pourront, selon les cas, diminuer ou augmenter la dose du chloroforme par rapport à l'eau ; de même qu'en ajoutant à ce soluté des sirops appropriés, ils formeront ainsi des potions aussi variées qu'ils auront d'indications à remplir dans les limites de la médication chloroformique.

Nous proposerons, en outre, la préparation suivante :

Sirop de chloroforme.

Chloroforme pur.........................	2,50
Sirop simple............................	100

Agitez fortement pour opérer la dissolution.

Ce sirop contient une goutte ou 2 centigrammes 1/2 de chloroforme par gramme. Il est destiné à être pris pur par petites cuillerées à café ou délayé dans de l'eau.

Le sirop simple peut dissoudre une bien plus forte proportion de chloroforme (jusqu'à un douzième environ). Mais, ainsi chargé, il est beaucoup trop fort pour être pris pur, et lorsqu'on le mêle avec l'eau, du chloroforme se sépare.

Le sirop de chloroforme, et surtout celui qui est saturé, réfracte fortement la lumière, son aspect a quelque chose de miroitant ou de métallique.

Préjugeant que la thérapeutique tirerait parti du chloroforme, sous forme d'inhalations légères, nous avons cherché à l'unir à une substance qui ne le laisserait dégager que peu à peu sous l'effort de l'aspiration ; mais jusqu'à présent nous n'avons rien trouvé de convenable ; le sucre, la lactine granulés, se chargent très-bien du chloroforme, mais le laissent échapper en totalité dès la première aspiration. Nous nous proposons de continuer nos recherches sur ce point. DORVAULT.

NOTE SUR LA PRÉPARATION DES SIROPS DE CODÉINE ET DE PHELLANDRIUM AQUATICUM.

Par M. MIALHE.

Sirop de codéine.

La formule du sirop de codéine n'étant pas insérée au Codex, et ce sirop étant néanmoins assez fréquemment usité, surtout depuis quelque

temps, nous croyons devoir faire connaître une modification d'un avantage réel que nous avons apportée à la formule qu'en a publiée notre honorable confrère M. Cap ; formule que nous allons tout d'adord reproduire.

Sirop de codéine.

Codéine.	1 gramme.
Eau distillée.	100 grammes.
Sucre très-blanc.	190 grammes.

On triture la codéine dans un mortier de verre ou de porcelaine, pour la réduire en poudre fine; on la divise peu à peu avec de l'eau, de manière à tout introduire dans un matras en verre ; on recouvre le matras avec un morceau de parchemin que l'on perce de trous, et l'on fait chauffer pour obtenir la dissolution de la codéine ; cela fait, on ajoute le sucre cassé par morceaux et on le fait dissoudre à une chaleur très-douce, éloignée du point d'ébullition ; c'est la condition importante pour que le sirop ne se colore pas. Quand le sirop est refroidi, on le filtre.

Telle est la formule de M. Cap. 30 grammes de sirop contiennent 10 centigrammes de codéine.

Or, cette formule officinale, d'une exécution assez longue et minutieuse, peut être transformée en une formule magistrale, pouvant être instantanément préparée sans nuire en rien à sa valeur thérapeutique ; il suffit, en effet, de dissoudre la codéine dans une très-petite quantité d'eau acidulée par l'acide acétique et de mêler la dissolution à du sirop de sucre très-blanc, comme le Codex recommande de le faire pour tous les sirops analogues, et notamment pour le sirop d'acétate de morphine.

Sirop d'acétate de codéine.

Codéine.	0,50 centigrammes.
Sirop de sucre royal.	150

Dissolvez la codéine dans une très-petite quantité d'eau acidulée avec quantité suffisante d'acide acétique concentré, environ 5 gouttes, et mêlez par agitation la dissolution au sirop. Ce sirop contient, comme le précédent, 10 centigrammes de codéine par 30 grammes.

Tant que ce sirop ne sera pas inscrit au Formulaire légal, nous pensons que les praticiens feraient bien, en le prescrivant, d'indiquer la dose de codéine qu'ils désirent que le pharmacien fasse entrer dans sa composition, quelques personnes ayant la croyance que c'est seulement 5 centigrammes, et non 10 centigrammes de codéine, par 30 grammes, que ce sirop doit contenir.

Sirop de phellandrium aquaticum.

Par suite du travail, sur l'efficacité des semences du phellandrium aquaticum dans les affections des organes respiratoires, publié dans le dernier numéro du *Bulletin général de Thérapeutique* (décembre 1847), quelques-uns de nos confrères ont été conduits à mettre ce médicament à l'essai. S'étant adressés à nous pour que nous ayons à leur fournir cet agent thérapeutique sous une forme convenable, nous avons cherché à préparer un sirop des semences du phellandrium, comme étant la préparation médicamenteuse la plus agréable.

Après quelques essais, nous avons cru devoir nous arrêter à la formule suivante :

Sirop de phellandrium aquaticum.

Semences de phellandrium. . . . . 100 grammes.
Versez dessus eau bouillante. . . . . 300 grammes.

Laissez infuser jusqu'à parfait refroidissement ; filtrez et mêlez la liqueur filtrée avec sirop de sucre blanc 1000 grammes, réduit par évaporation à 700.

300 grammes de ce sirop contiennent la partie active ou, pour mieux dire, soluble, de 3 grammes de semences de phellandrium, ou environ 2 grammes par cuillerée à bouche. La saveur de ce sirop est très-supportable. Mais nous ne croyons pas qu'il soit possible d'y faire entrer une plus grande quantité du principe actif de ces semences, le phellandrium étant doué d'une saveur et d'une odeur très-prononcées, se rapprochant de celles des ombellifères qui sont plutôt nauséeuses qu'aromatiques.

Peut-être même devrions-nous ajouter que si les médecins français n'ont pas été amenés à sanctionner par leur pratique les faits cliniques publiés par Hufeland et autres praticiens étrangers, faits que les observations récentes de M. Michéa semblent confirmer, c'est pour n'avoir pas convenablement songé à rendre le moins désagréable possible l'ingestion de cette substance médicamenteuse aux malades auxquels ils la prescrivaient.

SIROP PECTORAL, FORMULE DU DOCTEUR MARONCELLI.

Baume de Tolu. . . . . 60 grammes.

Faites digérer au bain-marie pendant deux heures dans :

Eau bouillante. . . . . 3,000 grammes.

Passez et versez l'eau balsamique bouillante sur ;

Feuilles sèches de digitale. . } 16 grammes.
— — de belladone. }
Ipécacuanha concassé. . . . . . 4 grammes.

Laissez infuser douze heures.

Passez et ajoutez :

Sucre blanc. . . . . 6,000 grammes.

Chauffez modérément jusqu'à dissolution du sucre, et clarifiez ensuite avec un blanc d'œuf battu dans 125 grammes d'eau.

Ce sirop se donne à la dose de deux à quatre cuillerées à bouche dans le courant de la journée et autant la nuit ; il facilite l'expectoration et calme la toux à la manière des préparations opiacées, sans en avoir les inconvénients. La dose qui précède est pour un adulte.

Chaque cuillerée à bouche contient sensiblement les principes actifs de : 1 centigramme d'ipécacuanha, 4 centigrammes de digitale et 4 centigrammes de belladone.

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA CHRONIQUE (Mialhe).

Axonge récente. . . . 40 grammes.
Turbith nitreux. . . . 2 grammes.
Extrait d'opium. . . . 1 gramme.

Dissolvez l'extrait d'opium dans quelques gouttes d'eau, ajoutez le turbith, puis l'axonge, et broyez le tout dans un mortier de porcelaine, jusqu'à ce que le mélange soit parfaitement homogène.

Cette pommade s'emploie en onctions légères, matin et soir. Elle est généralement très-efficace. Elle a été imaginée pour remplacer les pommades ayant l'onguent citrin pour base, attendu que ces dernières préparations sont d'un effet thérapeutique inconstant, ce qui tient à ce que la composition chimique de la pommade citrine n'est jamais la même.

Il paraît qu'en Angleterre on emploie avec succès contre les blépharites chroniques une pommade ayant pour base l'onguent citrin ; nous croyons qu'on pourrait, dans ces cas et quelques autres analogues, lui substituer avec avantage la pommade dont nous donnons plus haut la formule.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

COUP D'OEIL SUR LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'HUILE DE CADE.

Votre journal, si digne de figurer dans la bibliothèque des médecins

praticiens, tant par le choix des faits qu'il renferme que par la sage direction qu'il reçoit, est devenu une espèce de tribune médicale, un centre vers lequel viennent converger les travaux des hommes les plus éminents de Paris, comme ceux des plus humbles médecins de province. Nul doute que cette publication n'ait exercé sur les progrès de la thérapeutique une salutaire influence, et n'ait largement contribué à la maintenir dans cette voie expérimentale et inductive, qui lui a valu de si nombreux adhérents.

Aussi l'appel fait aux nombreux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, sur les propriétés de l'huile de cade ou de genévrier, a-t-il été entendu des praticiens.

Le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Devergie, que distinguent de remarquables travaux, s'est empressé de vérifier nos observations et de les soumettre au creuset de l'expérience, dans le service varié et nombreux que l'administration lui a confié.

Il a reconnu que l'huile de cade et le goudron de la houille, étendu avec quatre fois son poids d'eau distillée, offraient une grande analogie d'action, et que l'on avait rendu un véritable service en signalant l'emploi de la première de ces deux substances. Que l'huile de cade sera d'autant plus utile qu'elle sera appliquée dans la période la plus avancée de l'eczéma, c'est-à-dire, celle où la sécrétion a notablement diminué, et où il se forme des squames; que mise en usage dans la période aiguë, l'inflammation cutanée n'est pas sensiblement augmentée, mais que la marche de la maladie est lente et les effets du médicament peu appréciables; que dans les eczémas arrivés à la période de chronicité, au contraire, les effets sont très-rapidement sensibles; qu'il a la preuve que cet agent est généralement efficace.

Il l'a appliqué à un cas d'ophthalmie scrofuleuse, qui a cédé assez rapidement; ce fait isolé est peu significatif; d'ailleurs la maladie s'est renouvelée un peu plus tard. Notre honorable confrère appelle avec plus de raison l'attention des praticiens sur la suppression rapide de l'écoulement, de la rougeur et des démangeaisons de l'eczéma. Comme l'effet de l'huile est très-immédiat, il faut se borner, dans certains cas, à toucher le quart ou le cinquième de la surface malade, lorsqu'on peut redouter une répercussion. De là encore la nécessité d'opérer une dérivation sur le tube intestinal, au moyen des purgatifs, pendant l'emploi de cette huile.

M. Devergie s'occupe de juger la valeur de cet agent à l'égard des autres maladies cutanées. L'article qu'il promet sera toujours lu avec intérêt, comme tout ce qui sort de la plume de cet estimable médecin.

M. le docteur Langevin, médecin au Havre, a bien voulu apporter aussi son contingent, et faire connaître les résultats de sa vérification à l'endroit des propriétés thérapeutiques de l'huile de cade, en annonçant que le traitement des affections cutanées, si enrichi de nos jours par les travaux des Biett, des Casenave et des Devergie, peut ajouter désormais à sa liste un agent de plus d'une puissante énergie. Cet agent est l'huile de cade, préconisée par le *Bulletin*, dans les cas d'eczémas simples impétiginodès, qui font souvent le désespoir des praticiens.

Il confirme pleinement nos propositions sur l'efficacité de l'huile de cade, et rapporte quelques observations du plus haut intérêt.

Dans la première, c'est un eczéma chronique des deux mains et des deux avant-bras, parfaitement guéri par notre huile. Les onctions se faisaient tous les deux jours, très-exactement, quelque forte que fût l'inflammation, et quoique les fissures fussent nombreuses et profondes, car il avait remarqué, contrairement à ce qu'a avancé M. Devergie, que l'huile de cade, appliquée sur des parties enflammées de la peau, et récemment envahies par l'affection cutanée, avait la propriété d'éteindre l'inflammation et de flétrir l'épiderme, alors qu'il était rouge, tendu et douloureux, et de s'opposer, par suite, à l'extension du mal. Ce fait s'est reproduit nombre de fois sous ses yeux.

Dans la deuxième guérison opérée par l'huile de cade sur un eczéma rubrum, avec croûtes d'impétigo au bras, il ne tint aucun compte de l'état inflammatoire, ni des crevasses nombreuses, sachant bien que le meilleur calmant, en pareil cas, était l'huile précitée. M. Langevin fait remarquer que le système pileux se reproduisit avec rapidité, alors qu'on aurait pu croire les bulbes anéantis par la longue durée de l'affection cutanée et les désordres dont l'épaisseur de la peau avait été le siége. Qu'en outre, de prime abord il fit supprimer un cautère situé au tiers supérieur du bras.

La guérison d'un eczéma impétiginodès du cuir chevelu, du cou, des oreilles, par l'huile de cade, fait le sujet de la troisième observation. La reproduction des cheveux, pendant le traitement, était si active que tous les cinq jours il était obligé de les faire raser. Ils avaient chaque fois crû d'un pouce.

En vingt jours, l'huile de cade triompha d'un autre impétigo de la tête, borné au cuir chevelu, sans provoquer ces répercussions qui causent tant de craintes dans le traitement des gourmes des enfants.

De ces faits, il conclut que l'huile de cade offre des proprités siccatives précieuses, applicables dans les cas surtout de dermatoses à forme humide et sécrétante, et que, loin d'être un irritant, c'est, au contraire, le topique calmant par excellence, dans les inflammations

qui accompagnent si souvent ces formes spéciales de la pathologie cutanée.

L'efficacité de l'huile de cade dans le traitement de la teigne vient d'être démontrée par M. Sully, médecin distingué à Bort (Corrèze).

Il a traité deux enfants d'un tempérament lymphatique, qui portaient, en même temps qu'une affection psorique, une teigne faveuse déjà ancienne, et qui avait résisté aux moyens les plus rationnels. L'emploi de l'huile de cade en onctions, sur les parties atteintes de la maladie, a fait disparaître en dix jours jusqu'aux moindres traces du mal, et il n'est resté qu'une calvitie, qui s'efface chaque jour par le retour des cheveux.

Deux autres enfants de trois à quatre ans, atteints d'une teigne faveuse récente mais vigoureuse, compliquée de l'engorgement de quelques ganglions lymphatiques du cou, ont été rapidement guéris par l'usage des boissons antiscorbutiques et l'emploi renouvelé, matin et soir, de la pommade suivante :

Axonge.................	60	grammes.
Huile de cade.............	40	grammes.
Essence d'anis............	5	gouttes.

Deux jours après la première application, les croûtes se détachent, lorsqu'on emploie l'huile de cade pure, et l'on peut apercevoir le travail de cicatrisation du cuir chevelu. Après la seconde, les croûtes, complétement détachées de la surface cutanée, ne tiennent que par leur adhérence aux cheveux ; enfin, après la troisième, le cuir chevelu se nettoie, reprend sa couleur normale, et la guérison, moins le retour des cheveux qui se fait encore attendre, est alors confirmée.

M. Sully fait remarquer que l'huile de cade foudroie, pour ainsi dire, tous les parasites qui viennent assiéger le cuir chevelu dans la maladie de la teigne : il invite ses confrères à soumettre ces faits au contrôle de leur expérience, avec la confiance qu'ils se convaincront que l'huile de cade doit être considérée comme un des agents thérapeutiques les plus utiles dans le traitement de la teigne, maladie effroyable par son aspect, et désolante par sa ténacité, et qu'elle guérit presque miraculeusement.

Divers essais ont été faits par l'honorable M. Baudens, chirurgien du Val-de-Grâce. Je citerai un cas d'ozène, qui fut rapidement amélioré par l'usage de l'huile de cade, chaque jour introduite dans les narines au moyen d'un bourdonnet de charpie trempé dans ce liquide et tenu entre les branches d'une pince à pansement. Je saisis avec plaisir cette occasion pour le remercier ici de l'accueil bienveillant que j'ai reçu de lui et de l'empressement qu'il a mis à s'édifier sur l'efficacité de cette sub-

stance. Je regrette vivement que mon départ de Paris ne m'ait pas permis de suivre plus longtemps ses utiles visites.

Dans les otorrhées purulentes aphtheuses, l'huile de cade a produit des effets en tout conformes à ceux déjà énoncés. Il a suffi de tremper un pinceau dans ce liquide et de le passer tous les soirs dans le conduit auditif interne. Deux jours après, la douleur, le tintement, le bourdonnement, la démangeaison, la production albumineuse ont disparu, et l'ouïe a repris toute sa force.

Chez certaines constitutions, mais plus particulièrement chez les enfants à peau qu'on peut appeler psorique, parce que toutes ses blessures sont suivies d'une érection vasculaire, papillaire eczémateuse, l'application du vésicatoire détermine des écoulements effroyables, ou la formation de squames d'une nature si rebelle, que bon nombre de mères de famille se résignent avec peine à l'emploi de ce moyen. L'huile de cade, en pareille occurrence, est un remède précieux dont le contact, renouvelé trois ou quatre jours de suite, ramène les téguments à leur état normal de sensibilité et d'exhalation.

Les démangeaisons de l'anus ont été si fortes chez quelques sujets, que pendant le sommeil, les doigts, portés involontairement sur cette partie, ont été trouvés tout ensanglantés au réveil du matin. D'autres, insensiblement entraînés à calmer celle qui survient entre les doigts des pieds, ont poussé le besoin de se gratter jusqu'au point de les tordre, de produire des déperditions considérables de peau et des hémorrhagies. En ce cas le calmant par excellence est encore l'huile de cade, dont l'odeur disparaît assez rapidement pour que cet inconvénient ne soit pas un obstacle à son emploi.

L'analogie de la peau avec la muqueuse de l'oreille et la muqueuse de l'œil nous conduit naturellement à dire un mot de l'utilité de l'huile de genévrier dans certaines ophthalmies et kératites scrofuleuses. L'expérience n'a pas bien pu déterminer encore les cas dans lesquels elle est plus spécialement indiquée ; mais elles doivent porter toutes le cachet psorique que révèle indubitablement le mode d'action du remède, dont l'efficacité est parfaitement bien établie par une foule de faits. En attendant des données plus certaines, voici celles qui peuvent éclairer la marche du praticien intéressé à connaître d'avance les probabilités de son application la plus opportune : l'aptitude de l'ophthalmie à passer rapidement d'un œil à l'autre ; sa connexion avec une disposition eczémateuse de la peau et plus particulièrement de celle de la face, et surtout des paupières elles-mêmes : pour la kératite, la multiplicité des points ulcérés d'une manière *très-superficielle*, et le prolongement des vaisseaux de la sclérotique sur la cornée devenue en

quelque sorte *eczémateuse*. En attendant mieux, voilà ce que l'étude attentive nous a permis de signaler à l'attention de nos confrères. Nous le donnons avec toute la défiance qui doit se mêler aux observations qu'une longue expérience n'a pas sanctionnées, puisque dans ces cas même l'huile de cade a parfois échoué; mais où trouver un remède infaillible, et mieux encore, comment distinguer l'élément et la condition de son succès? L'infaillibilité de tout médicament est essentiellement liée à celle de la science, dont les efforts doivent tendre à définir d'une manière plus exacte la sphère de sa véritable action.

A défaut de cette lumière, il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, tendre vers l'empirisme, et, contre ces ophthalmies spéciales qui ont résisté au traitement rationnel, à l'huile de cade, recourir aux bains de sublimé corrosif, comme nous les avons conseillés, en lavant, tout le temps de l'immersion, la figure entière avec l'eau même du bain ; ou bien aux frictions sur les paupières, pratiquées avec le sulfate de cuivre solide. Ce dernier moyen, d'une grande efficacité, m'a été communiqué par M. le professeur Bonnet (de Lyon), que font remarquer un esprit éclairé et de grands services rendus à la chirurgie, qu'il cultive avec autant de bonheur que d'intelligence. On trempe un fragment de sulfate de cuivre, gros comme la phalange du pouce, dans de l'eau froide ; on le passe ensuite et repasse vingt à trente fois sur les paupières closes, trois fois par jour pendant une quinzaine de jours, en ayant la précaution de le mouiller de temps à autre. Les enfants les plus difficiles se soumettent, sans trop murmurer, à cette médication, bien plus commode que le bain de sublimé, et j'ajouterai même généralement plus efficace. La douleur se borne ordinairement à peu de chose, à une simple cuisson de courte durée. Inutile de rapporter ici des observations à l'appui de ce singulier traitement; je puis les compter par centaines, quoique mes expériences remontent seulement au mois d'avril de l'année 1846. Inutile encore d'entrer aussi dans des détails sur la tendance à la reproduction de ces ophthalmies qu'un traitement médical bien entendu doit contribuer à détruire, comme sur les avantages que nous retirons ici des bains de mer pour atteindre ce but définitif.

En résumé, l'huile de cade a pris bon rang parmi les remèdes antipsoriques les plus efficaces; elle guérit rapidement les eczémas aigus, chroniques, la teigne, l'otorrhée, les démangeaisons de l'anus, des doigts des pieds ; c'est un bon remède dans certaines ophthalmies, que secondent merveilleusement les bains de sublimé et les frictions faites sur les paupières closes avec le sulfate de cuivre préalablement mouillé.

Serres, D. M.
à Alais (Gard).

BIBLIOGRAPHIE.

L'OFFICINE, ou *Répertoire général de pharmacie pratique,* par Dorvault, *ex-pharmacien des hôpitaux, lauréat de l'École de pharmacie*, etc. — Deuxième édition, 1 vol. grand in-8° de 900 pages à 2 col., chez Labbé. — Prix, 10 fr.

Dans l'analyse que nous avons faite de la première édition de cet ouvrage, nous l'avons présenté principalement sous le rapport pharmaceutique; aujourd'hui, nous allons l'envisager au point de vue médical.

Disons-le tout de suite, *l'Officine* est l'ouvrage pharmaceutico-médical le plus important qui ait été publié dans ces derniers temps ; disons même qu'il est le premier qui mérite ce nom, parce qu'il est réellement le seul qui satisfasse aux exigences nombreuses de la pratique médicale en ce qui touche la pharmacie.

L'Officine, visant à une utilité pratique plus générale que les traités existants jusqu'ici, contient à la fois tout ce que l'on trouve dans les ouvrages de pharmacologie et dans les formulaires, puis la toxicologie, l'essai chimique des médicaments, la pharmacie vétérinaire, la pharmacie homœopathique, le tarif des médicaments, etc.

Les matériaux que nous venons d'énumérer sont classés sous quatre titres différents : 1° *Dispensaire,* 2° *Pharmacie légale,* 3° *Appendice pharmaceutique,* 4° *Tarif général des médicaments.*

Le *Dispensaire pharmaceutique*, la partie la plus étendue, et sans contredit la plus intéressante, est une sorte de dictionnaire pharmaceutico-médical où se trouvent rangés par ordre alphabétique, et traités d'une manière fort substantielle, à peu près tous les médicaments simples, toutes les préparations magistrales et officinales employés dans l'art de guérir des différentes nations du monde.

L'art de formuler, document fort important, placé dans les Prolégomènes, et qui n'existe pas dans la première édition, doit arrêter un instant notre attention.

Après avoir donné une bonne définition de l'*art de formuler*, et avoir établi que c'est à la formule qu'aboutissent toutes les connaissances médicales ; que c'est elle qui fait foi de l'habileté comme du vrai savoir du praticien ; qu'elle est, en un mot, le *criterium* de la vraie médecine, l'auteur passe aux règles de ce qu'il nomme la partie pratique, le mécanisme de la formule ; puis il entre dans des considérations étendues sur la forme pharmaceutique, le choix des médicaments, selon l'indication thérapeutique, leurs associations, les doses ou la posologie, et, comme question se rattachant à l'art de formuler, sur le

scepticisme thérapeutique. Dans ces différentes phases de l'art de formuler, l'auteur a su trouver moyen d'entrer dans des considérations physiologiques et thérapeutiques de l'ordre le plus élevé, et qui méritent toute l'attention du médecin praticien. M. Dorvault y combat avec bonheur, selon nous, l'empirisme aveugle qui ne tient compte que des effets produits, d'une part ; et de l'autre, les rationnalistes exclusifs qui ne veulent admettre pour vrais que les faits qu'ils ont prédits d'avance, et qui s'accordent avec leur système. Pour nous, qui apprécions tout le tort que peut causer l'esprit de système à la saine thérapeutique, nous savons gré à M. Dorvault d'avoir su résister à cette tendance fâcheuse de quelques chimistes modernes, qui prétendent pouvoir expliquer toujours les effets dynamiques des médicaments par les lois de la chimie pure, et trouver dans leurs creusets l'explication de tous les phénomènes physiologiques ; qui, en un mot, semblent prendre pour devise : Hors de la chimie tout est faux. Entre ces deux manières de voir, M. Dorvault, bien que ses études eussent dû le porter vers la dernière, a su prendre ce *medium* qui, en thérapeutique comme en toute chose, est seule l'expression de la vérité. Nous regrettons que les bornes d'un article bibliographique ne nous permettent pas de consacrer plus de temps à l'examen de ce chapitre plein d'intérêt.

Nous arrivons au dispensaire lui-même, c'est-à-dire à la partie pratique qui caractérise éminemment *l'Officine*.

Voici l'ordre suivi par l'auteur dans l'exposition des articles. Pour les préparations il commence par des généralités sur l'ensemble de la forme pharmaceutique qu'il traite, et dans lesquelles les médecins trouveront une foule de notions que la plupart ignorent ; puis il prend un à un les médicaments de cette forme, en donne la formule, le *modus faciendi*, indique les modifications s'il y en a, puis les propriétés, les modes d'administration et les doses.

Dans la première édition, l'auteur avait quelque peu négligé la posologie ; mais, afin de rendre son livre encore plus utile aux médecins praticiens, il a comblé cette lacune dans la nouvelle édition, où la plus simple infusion se trouve dosée.

La deuxième partie, sous le titre de *Pharmacie légale*, traite de la législation médico-pharmaceutique, de la toxicologie et de l'essai des médicaments. Ces deux dernières sous-divisions, bien traitées, bien résumées, de manière à suppléer, disons même à compléter les ouvrages spéciaux, seront d'une utilité incontestable pour le praticien, soit qu'en médecine légale il veuille s'assurer de la nature du poison et en combattre les effets, soit qu'en pratique générale il veuille s'éclairer sur la qualité des médicaments qu'il a prescrits.

La troisième partie, ou *Appendice pharmaceutique*, est une sorte d'*incertæ sedis*, qui comprend la pharmacie vétérinaire, la pharmacie homœopathique et un miscellanée d'articles, toutes choses qu'il peut être fortuitement utile au praticien de connaître.

Le *Tarif des médicaments* forme la dernière partie de l'ouvrage. Le médecin peut avoir besoin, dans certains cas, avant de commencer une médication, d'en connaître approximativement les conséquences pécuniaires, afin de voir si la fortune de son client peut y atteindre. Le tarif des médicaments, qui tout d'abord lui paraît inutile, pourra guider le médecin dans cette circonstance.

Pour résumer en quelques mots notre opinion sur l'ouvrage de M. Dorvault, nous dirons que c'est un ouvrage sans analogue jusqu'à présent, tant par l'originalité de son plan, que par son but et l'abondance des matériaux qu'il contient ; c'est en usant de toutes les ressources typographiques dans la disposition des articles, c'est en s'attachant à exposer les faits avec concision et cependant avec clarté, c'est en outre en employant des signes qui représentent à l'esprit des idées qu'il aurait fallu rendre par des phrases entières, c'est, disons-nous, en prenant toutes ces mesures, que l'auteur a pu faire d'un seul volume un véritable *compendium*, une petite bibliothèque pharmaceutique, aussi bien à l'usage du médecin qu'à celui du pharmacien.

En somme, l'ouvrage de M. Dorvault est un ouvrage consciencieux, qui gagne beaucoup à être connu, et que nous désirons voir se répandre dans les deux professions ; il en résulterait entre la prescription et l'exécution une corrélation utile à l'art de guérir, qui est loin d'exister aujourd'hui. Le succès que le livre a déjà obtenu et les perfectionnements dont l'auteur l'a fait profiter, nous sont garants que ce but sera atteint.

Abrégé pratique des maladies de la peau, par MM. Alph. Cazenave, *médecin de l'hôpital Saint-Louis*, etc., et H. E. Schedel, *docteur en médecine*. Quatrième édition, revue et considérablement augmentée. Paris, 1847 ; chez Labbé, 1 vol. in-8°.

Depuis longtemps nous voulions parler à nos lecteurs de cette quatrième édition d'un livre qui a suffisamment prouvé son degré d'utilité par le rapide succès qu'il a obtenu. Nous n'exposerons point ici la division du travail ; la plupart de nos lecteurs savent que MM. Cazenave et Schedel ont puissamment contribué à répandre l'étude des maladies de la peau par la simplicité de leurs descriptions, par l'attention constante qu'ils ont eue de rappeler la sage expérience de Biett, de ce médecin distingué, auquel la thérapeutique est redevable de tant de belles découvertes. Comme l'annoncent les auteurs, cette quatrième édition

ne diffère en rien de la dernière quant à l'esprit, quant au plan, quant à la forme de l'ouvrage ; mais elle s'en distingue par des corrections de détail, par des additions nombreuses et importantes, notamment sur la pellagre, qui a été observée et étudiée par l'un des auteurs à l'hôpital de Milan ; par l'introduction d'un genre nouveau de maladies transmissibles du cheval à l'homme (le genre *equinia*), par un plus grand développement donné à la partie thérapeutique.

La description de la pellagre, par son étendue, par les nombreux détails qu'elle comporte, forme une véritable monographie où sont relatées les publications antérieures et leur analyse critique. Depuis les travaux de MM. Brierre de Boismont, Th. Roussel, Marchant et Gibert, l'attention en France a été appelée sur cette forme si singulière de maladie de la peau. Pour rendre sensible aux observateurs ce point si obscur de la science, rien n'a été oublié ; des faits ont été pris à l'hôpital de Milan, et une planche, gravée avec soin, vient donner, par l'appui du pittoresque, un dernier caractère d'évidence à la description. Le genre *equinia* fait partie de l'ordre des pustules ; il contient les espèces : *equinia mitis*, les eaux aux jambes ; *equinia glandulosa*, la morve et le farcin. Toutes les acquisitions que la science a faites, dans ces dernières années, sur ce point intéressant de médecine comparée, sont exposées d'une manière claire, précise, suffisante pour mettre au complet l'état actuel de la science sous les yeux du lecteur. Ces deux chapitres feraient un livre tout à fait nouveau de l'abrégé pratique des maladies de la peau, et lui mériteraient l'attention des hommes qui ne veulent rester étrangers à aucune découverte, à aucun progrès de la science. Mais, à notre avis, ce livre est encore autrement recommandable par les nombreux aperçus thérapeutiques, par l'importance que l'honorable médecin de l'hôpital Saint-Louis, déjà si bien connu par ses utiles publications, a su donner au traitement des maladies de la peau. Ce livre, enrichi de nombreuses formules, de détails pratiques sur un grand nombre de médicaments, fait partie des publications qui restent longtemps utiles, et nous croyons aussi que cette quatrième édition de l'*Abrégé pratique des maladies de la peau* est encore appelée à rendre de nouveaux services aux praticiens, en les guidant avec succès dans le traitement de ces affections si nombreuses et si variées.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Erysipèle compliqué de péritonite, coïncidence fréquente de ces deux affections chez l'enfant à la mamelle. — L'érysipèle est

une affection qu'on rencontre fréquemment dans la première enfance, et elle y présente une gravité incomparablement plus grande qu'à aucun autre âge. Il y a quelques années à peine qu'on s'accordait généralement à considérer comme presque fatalement mortel tout érysipèle survenant dans les premiers mois de la vie. Aujourd'hui le pronostic est moins grave sans doute, mais l'érysipèle n'en reste pas moins une des affections les plus terribles de la première enfance.

Une autre maladie, qu'on observe aussi assez souvent à cet âge, est la péritonite, qui ne se traduit par aucun signe appréciable, et ne se révèle, en général, qu'à l'autopsie. Il est difficile, le plus souvent même impossible d'indiquer la cause sous l'influence de laquelle se produit cette affection également grave. L'étiologie, comme la symptomatologie, sont environnées de la plus grande obscurité.

Nous voulons pourtant appeler l'attention sur un fait plein d'intérêt, qui se rencontre assez souvent pour qu'on soit en droit peut-être d'y voir autre chose qu'un simple hasard ; il s'agit de la fréquente coïncidence de l'érysipèle et de la péritonite chez les enfants nouveau-nés. Quelquefois même la liaison des deux maladies devient très-facile à expliquer. On constate une phlegmasie de la veine ombilicale qui a servi à transmettre au péritoine une inflammation érysipélateuse occupant le nombril. Ce n'est pas là une condition bien commune ; la raison de cette coïncidence des deux maladies reste inappréciable dans les autres circonstances, ainsi qu'on peut le voir par l'observation suivante :

Karscavenne (Alphonse) entre à l'hôpital (salle Sainte-Thérèse, n° 5 bis). Cet enfant, âgé de vingt-cinq jours, est vigoureux, bien constitué. Il est allaité par sa mère, dont l'accouchement n'a rien présenté d'anormal. La mère est bien portante ; elle avait pu sans inconvénients reprendre son travail quelques jours après son accouchement. Douze jours après sa naissance, l'enfant fut pris d'un érysipèle qui commença par la main gauche, où l'on constate aujourd'hui la présence d'un petit abcès. Cet érysipèle s'étendit peu à peu, disparaissant dans quelques points rares pour s'étendre à d'autres, et aujourd'hui, treizième jour de la maladie, il occupe les parties suivantes : tout le membre inférieur droit, les parties génitales, le ventre et le dos, jusqu'à la hauteur de la poitrine, la partie supérieure du membre pelvien gauche, la main, une partie du bras et de l'avant-bras gauches, le pouce droit et une partie de l'avant-bras droit. En arrière de la cuisse droite on voit une large plaque gangréneuse sur les limites de laquelle la peau est violette et comme ecchymosée.

L'enfant avait, depuis six jours, des attaques d'éclampsie extrême-

ment fréquentes et d'une grande violence. Le pouls était presque insaisissable. L'enfant succombait quelques heures après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on constatait une péritonite générale caractérisée par un épanchement assez abondant de sérosité très-opaque, par une rougeur inflammatoire prononcée de tout le péritoine ; enfin, par des fausses membranes, peu épaisses d'ailleurs, à la surface du péritoine et des viscères. Quelques flocons d'albumine nageaient au milieu de la sérosité. La veine ombilicale n'était pas enflammée.

Dans les parties frappées d'érysipèle le tissu cellulaire était infiltré de sérosité un peu trouble. L'escarre de la partie postérieure de la cuisse ne comprenait pas toute l'épaisseur du derme.

Bons effets des saignées pour la résolution des bosses sanguines considérables. — Un fait de physiologie expérimentale que nous avons vu souvent M. Lisfranc mettre à profit, est qu'en désemplissant modérément le système veineux chez les individus où la saignée est permise, on facilite beaucoup l'absorption confiée à ce système ; en voici un exemple bien remarquable. Le nommé Jules Carlier fait, le 4 décembre dernier, une chute de la hauteur de dix marches, l'une des fesses porta sur l'extrémité taillée carrément d'une pièce de bois servant de chantier, et une bosse sanguine énorme, environ du volume de trois poings réunis, fut produite par cette violente contusion. On avait employé pendant les huit premiers jours une foule de résolutifs sans avoir amené aucune diminution de l'épanchement. Le 12, ce jeune homme fut admis au Dispensaire ; comme la tumeur présentait un peu d'augmentation de chaleur, nous la fîmes recouvrir de cataplasmes émollients et pratiquâmes une saignée du bras de trois palettes ; une seconde saignée de deux palettes fut encore faite le quatrième jour de son admission ; le huitième jour l'épanchement sanguin était résorbé. Cette pratique n'est pas admise, elle n'est d'ailleurs écrite nulle part ; cependant nous la donnons comme très-importante. Nous avons vu cette manière d'agir réussir très-souvent à la Pitié. M. Lisfranc cependant secondait le plus ordinairement les saignées par l'emploi des diurétiques; nous ajouterons même que quelquefois nous avons vu réussir les diurétiques seuls.

Hépatite aiguë ; développement considérable du foie. Guérison. — Une femme, âgée de trente-huit ans, exerçant la profession de cotonnière, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, n° 6, service de M. Trousseau. D'une constitution assez forte, d'une santé habi-

tuellement bonne, elle a eu, il y a quelques années, deux enfants. Les grossesses et les accouchements n'ont rien présenté d'anormal. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle a été prise d'une douleur très-vive dans l'hypocondre droit, s'accompagnant de beaucoup de fièvre. La peau est en peu de temps devenue généralement jaune, sans accidents du côté du tube digestif. Au moment de son entrée à l'hôpital, le pouls est fort et très-fréquent, la peau chaude, la teinte ictérique de la peau et des sclérotiques très-prononcée. Tuméfaction considérable du ventre, avec épanchement péritonéal fort abondant. La pression du foie et de la rate cause de très-vives douleurs. Le foie descend plus de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, où sa présence est facile à reconnaître. La rate n'atteint que l'ombilic. Expression de douleur très-vive. Pas d'accidents du côté des voies respiratoires ni digestives. On prescrit une saignée du bras de quatre palettes, et deux pastilles de calomel. Le sang est couenneux.

Le deuxième jour, la douleur est moins forte, la fièvre moins vive. La malade a eu de nombreuses évacuations. Elle refuse une nouvelle saignée. On prescrit l'application de cataplasmes sur le ventre.

Troisième jour. La fièvre et la douleur sont vives; la teinte ictérique très-prononcée. On pratique une saignée de quatre palettes, et on administre de nouveau deux pastilles de calomel. Le sang de la saignée est encore fortement couenneux.

A partir de ce moment, une amélioration sensible se manifeste. Le pouls devient moins fréquent, bien que toujours large. Il tombe successivement à 96, puis 88, puis 84 pulsations par minute. La tuméfaction du ventre diminue, ainsi que la douleur de l'hypocondre droit. On entretient le ventre libre à l'aide de laxatifs administrés chaque jour. Le volume de la rate diminue assez rapidement pour revenir à son état naturel. Celui du foie cède avec moins de facilité. Le sixième jour, cependant, le foie avait diminué de quatre travers de doigt. Le ventre était partout souple et indolent. La fièvre avait presque complétement disparu. On commença alors des frictions sur l'hypocondre droit avec de l'onguent napolitain, et l'usage des cataplasmes de ciguë. On administra chaque jour à l'intérieur une bouteille d'eau de Vichy. La malade put quitter l'hôpital après un mois de traitement, en bon état. Il restait seulement un peu d'ictère, mais l'abdomen était parfaitement libre. On ne constatait aucune trace d'épanchement dans la cavité péritonéale, aucune douleur dans l'hypocondre droit. Le foie avait complétement repris son volume naturel.

On voit, par l'observation qui précède, quel volume considérable peut acquérir le foie sous l'influence d'une phlegmasie aiguë. C'est un fait

vraiment très-remarquable, surtout si on le compare à ce qui se produit dans les inflammations aiguës des autres organes parenchymateux. Ce fait démontre aussi l'utilité de la médication antiphlogistique dans l'hépatite aiguë, et la nécessité de recourir aux résolutifs, quand la période fébrile est passée, à l'extérieur les frictions avec la pommade mercurielle et les cataplasmes de ciguë, à l'intérieur l'administration des eaux fortement alcalines, comme l'eau de Vichy ou l'eau d'Ems.

Tumeur fongueuse du palais; ligature et section de son pédicule; cautérisation; guérison.—Dans le service de M. le professeur Blandin se trouve une femme, âgée de soixante-dix ans environ, et atteinte, depuis trois semaines, d'une tumeur fongueuse, pyriforme et mobile à son étroit pédicule, implanté sur la muqueuse palatine, derrière les dents incisives. S'étant reproduite plusieurs fois lorsque la malade en faisait l'arrachement, cette tumeur a donné alors un écoulement de sang peu abondant; du reste elle est peu douloureuse, mais gêne beaucoup la mastication et s'accroît avec rapidité.

Jugeant avec raison que le mal n'est ni un cancer et encore moins une masse vasculaire, M. Blandin est disposé à la considérer comme analogue à ces espèces d'épulis, dont il a pu observer plusieurs exemples, qui ont leur racine dans un alvéole de la mâchoire supérieure. En conséquence M. Blandin porte un pronostic favorable sur la nature et la curabilité du mal. Etreignant le pédicule de cette tumeur par un fil, il le voit céder immédiatement sans aucun accident; afin de vaincre la tendance de ce fongus à la reproduction, l'habile chirurgien porte le cautère actuel sur le lieu de son insertion. L'examen de la tumeur y montre une masse celluleuse et peu vasculaire, infiltrée d'un liquide mucoso-purulent, et recouverte de la membrane palatine amincie; l'étude microscopique n'y découvre aucun des caractères assignés par quelques auteurs aux altérations cancéreuses.

Depuis le moment de cette opération, la malade a été soumise à un régime léger; elle n'a éprouvé aucun trouble, et tout annonce aujourd'hui une guérison définitive.

Pneumonie chronique; anomalie des phénomènes d'auscultation. Mort. Insufflation du poumon. — L'auscultation chez les très-jeunes enfants présente quelquefois certaines particularités qu'on ne rencontre pas chez l'adulte; tandis, par exemple, que chez ce dernier les affections aiguës de l'organe pulmonaire se révèlent par des signes bien différents de ceux qui annoncent les affections des bronches, il arrive fréquemment que, dans la première enfance, la transition du

catarrhe à la pneumonie devienne impossible à saisir. On rencontre en outre chez l'enfant une maladie tellement rare chez l'adulte, qu'un grand nombre d'auteurs en ont pu nier l'existence : nous voulons parler de la pneumonie chronique simple, sans complication ni de tubercules, ni de quelque autre altération organique que ce soit.

L'observation qui suit a trait à une singulière anomalie qu'on rencontre quelquefois en pratiquant l'auscultation chez de très-jeunes enfants. Les bruits anormaux, les râles, à l'inverse de ce qui a lieu chez l'adulte, deviennent insensibles, disparaissent lorsque la respiration est profonde, que la poitrine se dilate fortement, pour reparaître et devenir très-manifestes dans les inspirations douces et peu profondes. C'est là une anomalie véritablement inexplicable. On peut voir aussi, par le fait qui suit, que l'insufflation des poumons atteints de pneumonie lobulaire démontre la nature inflammatoire et non simplement congestive de cette lésion, contrairement aux idées émises par quelques observateurs.

Un enfant de quatorze mois est amené par sa mère dans le service de M. Trousseau (salle Sainte-Julie, n° 9 *bis*). Il était assez chétif et toussait habituellement. A l'âge de cinq mois, il avait été pris d'une ophthalmie qui dura longtemps, puis, quelques mois après, de gourmes bientôt suivies d'un engorgement considérable des ganglions lymphatiques, particulièrement du côté droit. A son entrée à l'hôpital l'enfant est amaigri, ses cils sont longs, son teint pâle; il tousse fréquemment, a de l'oppression, sans fièvre bien vive d'ailleurs ni chaleur anormale de la peau. En auscultant la poitrine longtemps et à plusieurs reprises, on constate le fait suivant : quand l'enfant respire fortement à pleine poitrine, dans les inspirations profondes qui succèdent à un cri prolongé, on n'entend que du râle muqueux extrêmement peu nombreux, sans aucun mélange de râle sous-crépitant. Lorsqu'au contraire l'enfant est calme, qu'il respire doucement, que la poitrine se dilate peu, que l'inspiration est peu profonde, on entend des deux côtés, dans la plus grande partie des poumons, un râle sous-crépitant fin, très-distinct et très-nombreux.

Quelques mois après l'entrée de l'enfant à l'hôpital, la toux et l'oppression augmentent, la fièvre survient, le râle sous-crépitant, qui n'avait jamais cessé de s'entendre, devient beaucoup plus abondant et envahit la totalité des deux poumons. L'enfant succombe.

A l'autopsie on constate de nombreuses traces de pneumonie lobulaire disséminée. La dissémination est plus grande dans les lobes supérieurs que dans les lobes inférieurs où on trouve quelques masses enflammées d'un volume plus considérable. Dans une certaine partie, cependant, on trouve une pneumonie lobulaire remarquable par l'extrême

petitesse des portions enflammées, de telle sorte que la surface de la coupe a un aspect graneté, les taches opaques formées par les lobules enflammés, les taches claires par les lobules qui sont encore perméables à l'air ; les lobules atteints de phlegmasie précipitent au fond de l'eau, les autres surnagent.

En insufflant avec soin l'un des poumons, on constate facilement que l'air pénètre dans quelques lobules enflammés, extrêmement petits, et les distend. Mais quant aux masses un peu plus volumineuses, celles, par exemple, qui atteignent la grosseur d'une noisette, elles résistent à l'insufflation, et l'air n'y peut pénétrer.

Au sommet du poumon droit on constate l'existence d'un petit tubercule à l'état cru. Les ganglions bronchiques sont rouges, tuméfiés et ramollis, mais non tuberculeux.

Abcès intra-mammaire. Compression méthodique. Guérison. — Les phlegmons et les abcès du sein sont un des accidents qu'on observe le plus communément à la suite des accouchements. La moindre cause extérieure d'irritation suffit alors pour déterminer une inflammation suppurative de la glande mammaire qui y est déjà si fortement prédisposée par le travail de la sécrétion du lait. Lorsque l'abcès est superficiel, lorsque, par exemple, il est limité à l'aréole, c'est un accident en général fort peu grave. L'abcès tend de lui-même à la guérison, et en quelques jours la cicatrisation est produite. Il n'en est plus de même des abcès profonds intra-mammaires. La suppuration se prolonge alors pendant des semaines et même des mois, et il n'est pas rare de voir des portions souvent considérables de la glande mammaire se gangréner et sortir par l'ouverture de l'abcès. C'est plus particulièrement contre ces abcès à suppuration intarissable, que les auteurs, et surtout M. Trousseau et M. Récamier, ont préconisé la compression méthodique, à l'aide d'un bandage en sparadrap imaginé par M. Trousseau, et qui comprime très-exactement et uniformément la glande mammaire. Voici un exemple très-concluant des bons résultats qu'on obtient par l'application de ce bandage.

La fille Tessier (Marie), couturière, âgée de vingt-six ans, accouche pour la première fois après une grossesse qui n'a rien présenté d'anormal. Des crevasses lui surviennent au mamelon du côté droit, mais ne l'empêchent point d'allaiter son enfant. Huit jours après l'accouchement, il survient au sein du côté droit un engorgement qui s'accompagne de beaucoup de fièvre, et arrive à suppuration. Le quinzième jour, un abcès s'ouvre spontanément, et il en sort une quantité considérable de pus phlegmoneux, que la malade évalue à un demi-litre au moins.

Douze jours après, elle entre à l'hôpital avec un nouvel abcès très-volumineux qui proémine en arrière et en dehors du mamelon.

On donne issue au pus : il s'en écoule à peu près 100 grammes. L'abcès est intra-mammaire. Le pus vient des parties profondes, entre les lobules de la glande mammaire. L'abcès une fois vidé, on applique le bandage compressif à l'aide de bandelettes de diachylon. Ce bandage se compose de trois séries de tours de bandes. Les unes tiennent le sein bien relevé ; les secondes le compriment dans sa partie supérieure. Les dernières qui recouvrent les deux précédentes, l'appliquent fortement contre la paroi thoracique, et le compriment très-également dans toutes ses parties.

Le quinzième jour de l'application du bandage, le volume du sein avait considérablement diminué ; il était presque revenu à l'état normal. La douleur était nulle, la suppuration complétement tarie. L'abcès s'était fermé : la malade pouvait quitter l'hôpital.

Ce n'est point un fait exceptionnel. Toutes les fois qu'on peut établir dans les abcès du sein une compression parfaitement méthodique, on peut espérer un pareil résultat. Le bandage peut être appliqué à des périodes bien différentes de la maladie, soit dès le début, lorsque la suppuration ne s'est point encore formée, soit lorsqu'à l'aide du bistouri on a donné issue au pus, ou même que l'abcès s'est ouvert spontanément. Il importe seulement que la compression soit très-méthodique, répartie également sur tous les points de la glande mammaire.

Pseudarthrose de l'avant-bras ; résection ; hémorrhagies ; emploi de l'ergotine ; guérison, etc. — Parmi les faits pleins d'intérêt dont nous avons été témoin dans le service de M. le professeur Roux, nous signalerons celui d'un homme adulte et peu vigoureux, qui, à la suite d'une fracture du radius méconnue, fut atteint d'une fausse articulation avec pronation prononcée du poignet. Cette lésion existait déjà depuis dix mois, lorsque cet homme fut admis à l'Hôtel-Dieu, le 16 novembre dernier. M. Roux pratique la résection des deux fragments, détruit leur cicatrice fibreuse, et parvient par une habile dissection à respecter toutes les parties délicates qui environnaient la pseudarthrose. Le membre est placé dans un appareil simple ; le malade accuse bientôt une légère réaction; mais vers le troisième jour, une hémorrahgie a lieu par la plaie, et ne peut être suspendue qu'à l'aide de la ligature de l'artère humérale.

Néanmoins l'écoulement sanguin se reproduit peu de temps après, et l'on a recours à une dissolution concentrée d'ergotine, dont on imbibe les bourdonnets de charpie introduits dans la plaie. Ce moyen hémos-

tatique est mis en usage pendant cinq jours, sans amener la cessation des pertes de sang, contre lesquelles on se sert du tourniquet de J.-L. Petit, appliqué sur le tronc brachial, et d'un bandage compressif.

Echappé à ce premier danger, le malade est bientôt en proie à une suppuration abondante, qui, pendant plusieurs semaines, épuise ses forces; à ces accidents vient ensuite s'ajouter un érysipèle de l'avant-bras, déjà si gravement lésé. Mais grâce aux soins aussi assidus qu'éclairés du professeur Roux, grâce aussi à la résistance vitale du sujet, on voit la plaie se rétrécir, la suppuration diminuer, le sang ne plus s'écouler de la solution de continuité, la consolidation des fragments devenir régulière et solide, et la santé du malade se rétablir.

Aujourd'hui l'état de cet homme est entièrement satisfaisant; les os de l'avant-bras ont recouvré leur forme et leur longueur normales; les mouvements acquièrent aussi plus de liberté tous les jours, et tout assure un beau succès, acheté, il est vrai, au prix des plus graves dangers. Du reste, en hésitant assez longtemps avant d'entreprendre une telle opération, le professeur Roux semble justifier la conduite de beaucoup de praticiens qui s'abstiennent de toute tentative en pareil cas. Ce fait mérite encore d'être signalé en ce qu'il nous montre le peu de confiance dont l'ergotine est digne comme topique hémostatique.

Accidents syphilitiques constitutionnels consécutifs à une balano-posthite ulcéreuse. — Les syphiliographes sont loin de s'accorder dans la détermination des accidents primitifs qui méritent le nom de syphilitiques, c'est-à-dire qui peuvent être suivis ultérieurement de symptômes secondaires ou constitutionnels. Les uns, avec M. Ricord, admettent que le chancre est le symptôme vénérien primitif, et que seul, par conséquent, il peut donner lieu à des accidents secondaires. D'autres, avec M. Puche, croient qu'au chancre on doit ajouter une forme particulière de balanite; la balano-posthite ulcéreuse, et que ces deux accidents sont les seuls après lesquels puisse se produire l'infection syphilitique. D'autres, enfin, avec M. Vidal (de Cassis). M. Cazenave, M. Lagneau, admettent que le chancre, la balanite, la balano-posthite, et même la blennorrhagie ne sont que des formes différentes de la même maladie, et que l'infection syphilitique peut succéder à chacun de ces divers accidents. Ces principes opposés sont tous appuyés, par ceux qui les soutiennent, d'observations nombreuses. La question est donc moins facile à juger qu'on ne pourrait le penser de prime abord.

L'observation suivante est un exemple d'accidents secondaires apparaissant à la suite d'une balano-posthite ulcéreuse. Nous en avons vu de semblables dans le service de M. Vidal et dans celui de M. Pu-

che, à l'hôpital du Midi. Il est confirmé, d'ailleurs, par ce fait que les expériences de M. Puche ont mis hors de doute, à savoir, que la balano-posthite ulcéreuse est inoculable de même que le chancre.

Un jeune homme de vingt-deux ans, marié, et employé dans des bureaux d'administration, n'avait jamais eu le moindre accident vénérien, ni blennorrhagie, ni chancres, ni quelque symptôme syphilitique que ce fût, lorsque, dans le courant du mois d'août, à la suite de rapports avec une fille publique, il est pris de balano-posthite. Toute la surface interne du prépuce, la superficie du gland, secrètent un pus abondant, jaunâtre, assez fortement odorant, et qui irrite la peau du prépuce à son extrémité. En examinant avec soin, on constate que l'épithélium est complétement détruit. La surface du prépuce et du gland est d'un rouge extrêmement vif. D'ailleurs, il est impossible de constater dans aucun point aucune ulcération plus profonde, avec perte de substance, rien qui puisse donner l'idée d'un chancre. C'est une excoriation, une exulcération générale et égale dans tous les points du prépuce et du gland. De très-grands soins de propreté, et des lotions régulièrement faites avec une faible solution de sublimé d'abord, puis de nitrate, d'argent amènent, en seize jours, une guérison complète de cette balano-posthite, qui ne laisse ni induration, ni aucune trace.

Deux mois et demi après, et le malade affirmant, de la manière la plus positive, qu'il n'a été atteint d'aucun nouvel accident vénérien, quel qu'il fût, des symptômes secondaires se manifestent. Le malade est pris d'une syphilis papuleuse très-caractérisée. Quelques jours après, des pustules se développent dans le cuir chevelu. l'infection syphilitique était très-évidente. Le malade est soumis à l'usage du protoiodure de mercure, à la dose de 3 centigrammes d'abord, puis de 5 centigrammes. Après deux mois de traitement, les papules qui couvraient une grande partie de la surface cutanée et les pustules du cuir chevelu avaient complétement disparu.

Le fait est concluant, si l'on admet que, dans l'intervalle qui sépare la balano-posthite des accidents secondaires, le malade, ainsi qu'il l'affirme, n'a pas contracté d'autre accident syphilitique. Le témoignage du malade, et l'absence de trace d'un chancre, ne suffisent peut-être pas. Il n'est pas une observation, publiée pour élucider cette question, qui ne soit susceptible d'une objection analogue.

Névralgies sciatiques anciennes. Cautérisation de la face dorsale du pied. Guérison. — M. Robert vient de rappeler l'attention des praticiens sur un moyen puissant dans les cas de névralgie sciatique rebelle aux méthodes ordinaires du traitement : ce moyen

consiste à pratiquer avec le fer rouge une cautérisation énergique entre le quatrième et le cinquième os métatarsiens. Voici le fait cité par cet habile chirurgien à la Société de médecine. Le nommé Marchant, âgé de vingt-huit ans, cultivateur à Stains, fit, le 15 septembre 1844, une chute sur la fesse droite, de la hauteur d'un cheval. Il ressentit immédiatement une vive douleur, qui fut combattue par une application de vingt-cinq sangsues, puis par des frictions, faites avec un liniment térébenthiné. Au bout de onze jours, il reprit son travail, conservant encore un peu de douleur dans la région contuse. Vers le sixième mois la douleur reparut plus intense, s'étendant de la partie postérieure de la cuisse, au creux du jarret, à la partie externe du jarret, et surtout au-dessous de la malléole externe et la face dorsale du pied. Neuf vésicatoires volants, la plupart larges comme la main, lui furent successivement appliqués à la fesse, à la cuisse et à la jambe, mais sans beaucoup de soulagement. Le 17 juillet 1847, ce malade fut admis à l'hôpital Beaujon, ses douleurs étaient continuelles, il ne pouvait faire le moindre mouvement, ne fût-ce que pour parler fort ou pour tousser, sans éprouver un redoublement dans ses souffrances. Un moxa, appliqué sur le point douloureux de la fesse, fit disparaître les douleurs dans cette région ; mais elles persistèrent dans les autres points. Neuf vésicatoires, larges, en forme de demi-jarretières, suivant la méthode de Cotugno, puis trois autres sur le dos du pied, soulagèrent à peine ce malade.

Le 21 août, M. Robert pratiqua sur la face dorsale du pied, et au niveau des quatrième et cinquième os métatarsiens, une cautérisation énergique dans l'étendue de quatre travers de doigt en longueur et deux travers de doigt en largeur, et comprenant presque toute la peau. A l'instant même où l'opération fut terminée, le malade déclara que la douleur avait disparu, et dès lors il n'en éprouva d'autres que celle du travail inflammatoire résultant de la cautérisation; l'escarre se détacha peu à peu, et à la fin de septembre, Marchant sortait guéri de l'hôpital et put reprendre ses travaux. Ce premier succès était trop complet pour que M. Robert ne poursuivît point son expérimentation clinique. Voici un second fait dont nous avons été également témoin, et qui ne le cède en rien au précédent pour la rapidité avec laquelle la malade a été débarrassée de douleurs datant de six années.

Névralgie inguinale et sciatique, affectant le membre inférieur gauche, cautérisation, guérison. — Catherine Penet, journalière, âgée de soixante ans, jouissant d'une santé excellente, raconte qu'il y a six ans elle tomba sur la fesse gauche d'une hauteur de cinq à six marches; une douleur assez vive suivit cette contusion. Cependant cette pauvre femme

put continuer à travailler, seulement sa douleur se réveillait plus intense lors des variations atmosphériques ou quand elle se fatiguait beaucoup. Depuis deux ans, sans cause connue et peu à peu, une seconde douleur se manifesta ; elle partait du pli de l'aine gauche et s'étendait le long de la cuisse jusqu'au genou, sous forme d'élancements, d'abord intermittents, puis continus. Depuis la même époque, qui remonte à une année environ, la douleur déterminée par la névralgie sciatique perdit son caractère intermittent pour se montrer aussi d'une façon continue; depuis six mois cette femme ne pouvait plus marcher. Une cautérisation semblable à celle que subit le malade précédent lui fut pratiquée sur le dos du pied, et immédiatement les douleurs inguinales et sciatiques se dissipèrent, la malade put se lever et marcher.

Ce second fait prouve que la cautérisation ainsi faite ne s'applique pas, ainsi qu'on serait tout d'abord porté à le supposer, aux seuls cas dans lesquels la douleur siége exclusivement à la jambe et au dos du pied, puisque chez cette femme les douleurs déterminées par la névralgie inguinale, quoique plus intenses que celles de la névralgie sciatique, cédèrent aussi complétement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANGINE DE POITRINE *guérie par le nitrate d'argent à l'intérieur.* Une dame, en proie depuis de longues années à une affection qu'on avait caractérisée d'accès nerveux, avait fini par éprouver quatre de ces accès dans une même semaine. Appelé auprès de cette dame, M. le docteur Bastide constata les phénomènes suivants : il existait au niveau et à un pouce environ de la première vertèbre dorsale, un point de la largeur d'une pièce de deux francs, siége habituel de la douleur. Dès que l'accès commençait, cette partie éprouvait une sensation semblable au mouvement d'une vrille ; puis la douleur se dirigeait horizontalement vers la région épigastrique, où elle devenait plus violente. Tous les symptômes de l'asphyxie ne tardaient pas alors à se manifester. Les bras étaient le siége de crampes excessivement douloureuses, auxquelles participaient les muscles cervicaux. La malade avait la tête renversée en arrière, les yeux égarés, la respiration courte, saccadée, brûlante. Le visage était pâle et livide, une sueur froide inondait tout le corps. En un mot, cette femme présentait tout l'appareil symptomatique d'un accès d'angine de poitrine des plus violents.

M. Bastide, après avoir vainement essayé de prévenir le retour de cet accès par les saignées, les sangsues, les bains, l'éther, les opiacés, eut, en désespoir de cause, l'idée de recourir à l'administration du nitrate d'argent. 5 centigr. de ce sel furent divisés en 10 pilules, et la malade en prit deux par jour. Ce traitement fut suivi durant un mois. La dose totale de nitrate d'argent prise pendant ce temps s'éleva à 4 grammes. Quatre mois après, il n'était survenu aucun nouvel accès.

Bien que ce soit là un fait isolé, peut-être unique, et dont on ne serait par conséquent pas fondé à déduire des conséquences très-rigoureuses, il ne nous a pas moins paru digne d'être signalé comme un jalon qui pourrait, au besoin, guider les expérimentateurs dans des cas de ce genre. Nous ne laisserons pas toutefois échapper cette occasion de rap-

peler toute la prudence qu'exige l'administration du nitrate d'argent à l'intérieur, et la nécessité de formuler ce médicament de manière à assurer son absorption, et à prévenir son séjour prolongé dans l'estomac. De graves accidents ont été quelquefois la conséquence de l'inobservance de ces précautions. (*Ann. de la méd. belge*, septembre 1847.)

BLENNORRHÉE *ou goutte militaire* (*Traitement de la*). M. le docteur J. Magaud, de Lyon, a consacré à l'histoire et à la thérapeutique de la blennorrhée, vulgairement goutte militaire, un travail qui se fait remarquer par son esprit éminemment pratique, et dont nous croyons devoir faire connaître les principaux points. — Le traitement de la blennorrhagie, pour M. Magaud, se compose principalement d'applications topiques, c'est-à-dire d'injections, mais d'injections composées, telles que le cas particulier l'exige, et administrées de manière qu'elles touchent le point affecté. Deux préparations lui ont ordinairement réussi à tarir les flux chroniques de l'urètre. La première est ainsi formulée :

Prenez :

Eau distillée............ 100 gram.
Nitrate acide de mercure. 1 à 2 goutt.

On fait trois injections par jour.

Un emplâtre stibié, placé à l'hypogastre, ou au bas des reins, lorsque l'écoulement commence à diminuer, et dont on continue l'action révulsive dix jours au moins après la guérison, a été souvent utile, dit l'auteur, dans les cas où la maladie était ancienne, ou sur les sujets qui présentaient quelques dispositions aux fluxions catarrhales. Il y a aussi fréquemment avantage marqué, suivant lui, à faire suivre l'usage des injections ci-dessus de l'emploi de celles avec une solution simplement astringente de tannin ou d'acétate de plomb dans l'eau.

La seconde formule d'injection est la suivante :

Eau distillée.......... 100 gram.
Bichlorure de mercure. 1 à 2 centig.

M. Magaud recommande au malade de ne retenir le liquide injecté dans le canal que pendant quinze ou vingt secondes, et presque toujours pour tâter, en quelque sorte, sa susceptibilité. Il fait pratiquer l'injection immédiatement avant d'uriner. Si les trois premières n'ont pas déterminé de douleur, si l'écoulement n'est pas devenu plus abondant, c'est, au contraire, immédiatement après avoir uriné, qu'il faut user du médicament. Trois injections par jour suffisent.

Mais les suintements déterminés par une phlegmasie profonde de l'urètre ne sont point justiciables de ces moyens. Effrayé des dangers et de l'inefficacité de la cautérisation de cette région avec le nitrate d'argent solide, M. Magaud a imaginé d'y suppléer par une injection au nitrate acide de mercure. Il commence par trois, et s'élève progressivement jusqu'à huit gouttes de nitrate pour 15 grammes d'eau distillée. Le procédé d'introduction consiste à faire pénétrer une sonde flexible dans la vessie contenant de l'urine ; dès qu'il en est un peu sorti, on retire l'instrument de 3 à 4 centim., ou plutôt on le fait revenir en deçà du point reconnu phlogosé, par le passage d'une bougie exploratrice. A ce moment le malade saisit sa verge des deux mains, et comprime exactement le canal contre la sonde, afin d'empêcher son déplacement. On pratique alors, par l'orifice extérieur, une ou plusieurs injections. Si la première opération n'a pas suffi, on la réitère deux ou trois fois à trois jours d'intervalle. Tantôt l'écoulement diminue immédiatement, tantôt, au contraire, il devient d'abord un peu plus abondant et plus épais. — Bon nombre d'observations témoignent du succès de cette pratique, que l'auteur déclare n'avoir pas encore vue suivie d'accident de quelque gravité.

CALCUL BILIAIRE *volumineux qui s'est frayé une voie par l'hypocondre droit avec rupture de la vésicule et fistule biliaire consécutive.* Un homme, âgé de trente-neuf ans, entra à l'hôpital pour une dyssenterie qui remontait déjà à six ans, mais qui s'était tout récemment aggravée ; il éprouvait des douleurs fréquentes à l'épigastre, de la constriction vers les hypocondres, de l'entéralgie avec ténesme ; en outre, il lui était impossible de se courber en avant. En palpant la région abdominale, M. le docteur Santo Nobili sentit de la rénitence dans la région du foie. Deux mois après, aux phénomènes précédents s'étaient ajoutés de petits accès fébriles et une tuméfaction plus notable encore de la région hépati-

que. L'auteur, dans l'idée qu'il devait y avoir là un corps étranger, appliqua de la potasse caustique sur le point le plus saillant. L'incision de l'escarre donna issue à une grande quantité de matière blanche, et, par l'ouverture, on sentit, avec le stylet, un corps dur, que l'on prit d'abord pour une fausse côte. La plaie fut dilatée avec une éponge. Près d'un mois et demi après, on put en extraire un gros calcul biliaire, pyriforme, long de deux pouces et demi et de huit lignes d'épaisseur. Un stylet recourbé pénétrait, dans toute sa longueur, dans un canal qui longeait la partie convexe du foie, de bas en haut et d'avant en arrière ; une bougie pénétrait de même dans une profondeur de sept pouces. Tous les matins, les pièces de pansement étaient imprégnées de bile jaune, inodore, qui remplissait également l'ouverture ; le soir, il n'y avait qu'un liquide séreux en petite quantité. Les évacuations alvines étaient régulières, mais de couleur cendrée. Au moment où cette observation a été publiée, le malade se trouvait très-bien sous tous les rapports et pouvait être considéré comme guéri, à cela près de la fistule qui persistait. (*Annali universali di medicina*, et *Arch. génér. de méd.*, décembre 1847.)

CONVULSIONS DE L'ENFANCE; *leur corrélation avec les affections nerveuses de l'âge adulte.* On est, en général, habitué à ne voir dans l'éclampsie qu'une complication de maladies aussi variées que nombreuses, qu'un fait accidentel, en un mot un symptôme ; de là la négligence que l'on a apportée à l'étude de cette affection, considérée d'une manière abstraite et isolée des circonstances dans lesquelles elle peut se produire. C'est cette lacune de la science que l'un de nos honorables collaborateurs, M. Duclos, s'est proposé de remplir, dans une remarquable dissertation sur ce sujet, en considérant l'éclampsie comme un type morbide, une espèce distincte, spéciale, au même titre que l'hystérie, l'épilepsie et toutes les autres névroses. Nous emprunterons au travail de M. Duclos quelques-unes des considérations les plus immédiatement pratiques, qui se déduisent des recherches cliniques auxquelles il s'est livré. L'auteur établit qu'il existe plusieurs formes de convulsions : des convulsions continues ou intermittentes, générales ou partielles ; parmi ces dernières, la plus importante de toutes est la convulsion interne, et subsidiairement l'asthme thymique. Tantôt elles sont *initiales* et apparaissent au début de certaines maladies, des affections éruptives, par exemple, des phlegmasies parenchymateuses, de la dentition, etc. ; d'autres fois, au contraire, elles sont *terminales*, et ne se manifestent qu'à la fin de la maladie, soit qu'elles se terminent par la convalescence ou par la mort. C'est de ces trois circonstances, celle du siége, de la marche, et de l'époque où elles se produisent, que se déduit le pronostic des convulsions. Voici en quels termes l'auteur résume ce pronostic. — Le pronostic est toujours plus grave dans la convulsion interne que dans la convulsion exclusivement externe ; plus grave aussi dans la convulsion continue que dans la convulsion intermittente ; plus grave, enfin, dans la convulsion initiale que dans la terminale, en sorte que l'on peut grouper de la manière suivante les diverses espèces de convulsions, eu égard à leur gravité ou à leur innocuité :

1° *Pronostic grave :*
Convulsions internes.
— continues.
— terminales.

2° *Pronostic favorable :*
Convulsions externes.
— intermittentes.
— initiales.

Il existe assez souvent entre les convulsions de l'enfance et les affections nerveuses qui se développent plus tard, une corrélation telle que l'existence des premières puisse faire craindre l'invasion ultérieure des autres. C'est encore là un point de pronostic que l'auteur a cherché à éclairer par ses observations. C'est, en général, à la suite des convulsions continues, non intermittentes, qu'on voit le plus souvent se produire les accidents en question. Cette manifestation d'accidents nerveux à des époques éloignées, supposant une profonde perturbation du système nerveux, une altération permanente soit dans sa texture, soit dans ses fonctions, s'explique beaucoup plus facilement, en effet, à la suite des convulsions continues qui amènent vers la cavité crânienne une fluxion vive et souvent de très-longue durée, qu'à la suite de convul-

sions simplement intermittentes qui ne déterminent du côté de l'encéphale que des congestions de peu de durée. Toutefois cette raison ne saurait être la seule qui explique cette différence, car les altérations anatomiques des centres nerveux ne sont rien moins que constantes chez les sujets affectés de convulsions continues, et il arrive souvent qu'on ne trouve à l'autopsie aucune trace de travail congestif, fluxionnaire, ou même phlegmasique du côté de l'encéphale. Quoi qu'il en soit, il résulte de ces recherches un fait constant, qu'il importe de signaler à l'attention des praticiens, parce qu'il a une valeur pratique réelle au point de vue du pronostic, c'est que les convulsions continues, lorsqu'elles se répètent fréquemment dans l'enfance, doivent faire craindre pour plus tard des affections nerveuses de formes très-variées d'ailleurs, tandis que les convulsions intermittentes ne présentent en général aucun danger de ce genre. Il ne faudrait donc plus, à l'avenir, se borner à porter un pronostic sur le fait seul des convulsions en général, mais bien d'après la détermination de telle ou telle espèce de convulsions. (*Etudes cliniques pour servir à l'histoire des convulsions de l'enfance*, par M. Duclos.)

DYSSENTERIE CHRONIQUE (*Feuilles de fraisier sauvage comme auxiliaire utile dans le traitement de la*). Les feuilles de fraisier ont été quelquefois employées, en infusion comme diurétiques ; mais c'était surtout à la racine de cette plante qu'on avait recours, comme légèrement tonique et astringente, dans la diarrhée, la gonorrhée, et certaines hémorrhagies passives. Un médecin américain, M. le docteur Blackburn vient de retirer l'usage des feuilles de fraisier de l'abandon presque complet où il était tombé, en l'appliquant au traitement de la dyssenterie. Voici ce que l'expérience lui a appris sur l'emploi de cette substance. Pendant trois années qu'il en a fait usage sous toutes les formes, entre la dyssenterie, il a reconnu que la meilleure formule était la suivante

Prenez :

Feuilles vertes.... 1 livre (373 gramm.)

Ajoutez :

Bonne eau - de-vie de France....... 1 quart (1 litre 13.)

Faites bouillir jusqu'à réduction à une pinte (57 centilitres) ; filtrez. — On en administre une cuillerée à bouche toutes les trois heures, jusqu'à ce que les symptômes les plus alarmants soient apaisés. L'auteur assure avoir employé toujours ce moyen avec succès. (*Southern med. and surg. journ.*, et *Rev. médico-chirurg. de Paris*, janvier 1848.)

FIÈVRE INTERMITTENTE (*Traitement de la*). *et de sa complication chez les enfants.* Quels sont les meilleurs fébrifuges pour les enfants, à quelles doses et de quelle manière faut-il les administrer ? Telles sont les questions toutes pratiques que M. le docteur Ebrard, de Bourg, a cherché à résoudre, non point d'après des idées théoriques, mais d'après les données de son expérience personnelle. Les résultats auxquels M. Ebrard est arrivé, et les propositions qu'il formule, ont d'autant plus d'autorité à nos yeux, que ce praticien exerce dans une des localités les plus marécageuses de la France (la Bresse). Après avoir essayé différents fébrifuges, l'auteur accorde sans contredit la préférence au sulfate de quinine, malgré quelques inconvénients et difficultés inhérentes à l'administration de cette substance chez les très-jeunes enfants. Voici comment il s'exprime à cet égard et à l'égard de tout ce qui se rattache à cette question :

Un décigramme de sulfate de quinine, donné chaque jour en pilules ou en solution, enraye promptement la marche de la fièvre intermittente. La dose peut, dans les cas graves, être portée à 20 centigrammes.— Le précepte admis dans la thérapeutique générale des fièvres intermittentes, qu'il faut administrer le sulfate de quinine en deux doses, dont la dernière deux ou trois heures avant l'heure présumée de l'accès prochain, n'est pas applicable aux enfants. L'absorption, chez eux, étant très-rapide, le fébrifuge ne restera pas sans effet, alors même qu'il sera donné à un moment plus rapproché de l'accès à venir. M. Ebrard a même observé que dans le plus grand nombre des cas où la quinine et les autres fébrifuges sont employés peu de temps avant l'accès ou à son début, les jeunes malades sont guéris plus promptement ; ils sont moins sujets aux récidives. — L'usage du fébrifuge, principalement s'il existe

une hypertrophie de la rate, doit être continué deux semaines au moins après la cessation de la fièvre; seulement, il ne faut l'administrer que tous les deux ou trois jours. Le sirop de quinquina est plus tonique que la quinine et remplace avec avantage ce médicament chez les enfants qui restent pâles et débiles après la disparition des accès.

Parmi les principaux accidents qui compliquent la fièvre intermittente chez les enfants, l'auteur signale particulièrement les convulsions, la gangrène paludéenne, les vomissements, l'œdème général, etc. Ces complications, lorsqu'elles ont une certaine intensité, réclament un traitement particulier. Lorsqu'il survient de l'œdème général, de l'enflure du ventre, soit pendant la fièvre, soit après sa disparition, l'auteur combat avec succès cet accident au moyen de la tisane de racines de persil, à laquelle il ajoute chaque jour 5 à 10 centigram. de nitrate de potasse; les fébrifuges étant continués. Les vomissements sont combattus, pendant le stade de froid, par l'application de linges chauds sur l'estomac, par des frictions sur tout le corps, par 1 ou 2 grammes de sirop diacode dans une infusion de menthe; la diarrhée, par des lavements avec une décoction de son laudanisé (une goutte de laudanum) et la diète.

Les cataplasmes de quinquina camphrés, le sirop de quina à hautes doses, l'acide arsénieux, sont indiqués contre la gangrène.— Le traitement des convulsions doit être différent, selon le stade et selon les symptômes concomitants. Pendant la période de froid, on doit réchauffer le petit malade et lui frictionner tout le corps avec des linges chauffés; pendant la période de chaleur, mettre en usage les fomentations d'eau vinaigrée, d'eau distillée de fleurs d'oranger, sur le front; placer aux jambes des cataplasmes sinapisés, et même recourir à l'application de 1 ou 2 sangsues; laxatifs, si l'enfant est constipé; titillation de la luette, s'il vient de manger; lavements laudanisés, dans le cas de coliques, etc. —Quant à l'hypertrophie de la rate qui est, chez les enfants comme chez les adultes, un effet ordinaire de la fièvre intermittente, l'auteur conseille, indépendamment de l'administration du sulfate de quinine toujours indiquée, l'emploi de l'acétate de potasse ou de l'iodure de potassium, et l'application d'un emplâtre de Vigo sur l'hypocondre.

Un mot seulement sur le mode d'administration du sulfate de quinine chez les enfants. On sait combien les praticiens se trouvent souvent embarrassés, en pareille circonstance, par la difficulté qu'ils éprouvent à faire prendre ce médicament. L'auteur, après avoir essayé les divers modes d'administration conseillés en pareil cas, en lavements, en frictions, etc., est resté convaincu que tous ces moyens étaient de beaucoup inférieurs à l'ingestion stomacale et le plus souvent infidèles. Hâtons-nous de dire, d'ailleurs, que ces difficultés ont été presque complètement levées par le mode d'administration de M. Desvouves, dont l'auteur a été à même de vérifier, sur une grande échelle, les excellents effets. Il a reconnu que le café, loin d'atténuer l'efficacité du sulfate de quinine, l'accroît plutôt en vertu de son efficacité propre contre la fièvre.

Nous ne terminerons pas cet article, sans mentionner un travail publié dans la *Gazette médicale*, par M. Sémanas, sur un sujet analogue, sur la fièvre pernicieuse des enfants dans le climat d'Alger, fièvre qui faisait de nombreuses victimes parmi les enfants de ce pays tant qu'on en a méconnu les caractères, mais qui cède maintenant toutes les fois que l'antipériodique est employé dès l'apparition des premiers symptômes. L'auteur s'est surtout attaché, dans ce travail, à faire connaître les prodromes de cette maladie insidieuse. (*Union médicale* et *Gazette médicale de Paris*, novemb. et décemb. 1847.)

GENCIVES (*Etat des*) *chez les phthisiques*. Le docteur Frédéricq, dans une communication faite à la Société médicale d'émulation de la Flandre occidentale, a appelé l'attention des médecins sur un phénomène pathologique qui, s'il était constant, comme le croit l'auteur, pourrait acquérir une valeur séméiologique considérable; il s'agit d'un état particulier que présentent les gencives chez les phthisiques. Ayant eu à donner ses soins, il y a quelques années, à une jeune fille atteinte de phthisie scrofuleuse, l'auteur fut frappé de l'aspect particulier que présentaient ses gencives: elles étaient légèrement gonflées, et, à une ligne environ de leur bord libre, se dessinait une strie

d'un rouge de brique, dont la couleur tranchait brusquement avec celle de la muqueuse gingivale. Cette strie était très-étroite et marchait parallèlement au bord libre des gencives; elle n'existait qu'au niveau des dents incisives et canines. Depuis cette époque, l'attention de M. Fredericq étant fixée sur ce fait, il a toujours rencontré, chez tous les phthisiques qu'il a vus, la strie rouge en question. Il est rare, ajoute l'auteur, qu'elle existe dans toute l'étendue de la gencive qui correspond aux incisives et aux canines, bien souvent elle n'existe que partiellement et semble être interrompue; lorsqu'elle n'est pas complète, il l'a toujours trouvée au niveau des deux dents incisives inférieures et médianes. Cette strie n'existe pas toujours à la même distance du bord libre des gencives : elle est quelquefois située très-bas, et d'autres fois, elle existe au niveau du bord libre même de la gencive. — L'époque de la phthisie vers laquelle la strie rouge apparaît aux gencives, n'a pas pu être déterminée. — D'après M. Rene Vanoye, chargé de faire un rapport sur la communication de M. Fredericq, et qui a vérifié l'exactitude des faits énoncés par ce médecin, l'existence de cette strie paraîtrait coïncider à peu près avec toutes les périodes de la maladie, car il l'a rencontrée lui-même à des périodes différentes.

M. Vanoye a cherché à résoudre une autre question importante et d'où devait dépendre en grande partie la valeur de ce signe, savoir, s'il n'existe que dans la phthisie seulement, ou s'il se rencontre dans d'autres affections. Ce médecin dit l'avoir constaté chez des sujets atteints de fièvre intermittente, et chez deux autres personnes; l'une souffrant d'une maladie chronique du foie, l'autre d'une dégénérescence pylorique.

Ainsi, de tout ce qui précède il résulterait que l'état des gencives caractérisé par un liséré rouge, et quelquefois aussi plus pâle, de leur bord alvéolaire, existe dans certaines maladies, et notamment dans la phthisie tuberculeuse et la fièvre intermittente; que ce phénomène, dont la signification n'a pu être saisie jusqu'à présent, peut devenir utile pour le diagnostic de ces affections, et particulièrement de la première. (*Abeille médicale*, janvier 1848.)

GRIPPE (*Traitement de la*) *par l'eupatoire* (*eupatorium perfoliatum*). La difficulté d'associer, pour le traitement de la grippe, des agents thérapeutiques convenables sans soumettre les malades à des médications ou insuffisantes ou trop énergiques pour une maladie aussi peu grave, a amené M. le docteur Peebles, après divers essais, à employer l'eupatoire (*eupatorium perfoliatum*), substance employée avec succès en Amérique contre une épidémie qui offrait quelque analogie avec la grippe. Cette plante, douée d'une remarquable association de propriétés diverses, à la fois tonique, calmante, expectorante, diaphorétique et purgative, devait paraître en effet merveilleusement appropriée aux indications principales que présentait la dernière épidémie de grippe. L'événement a paru justifier les prévisions de M. le docteur Peebles; aussitôt, dit-il, que les préparations de cette plante furent administrées d'une manière convenable, on vit, dans la plupart des cas, les symptômes les plus graves disparaître non-seulement avec plus de rapidité que par toutes les autres méthodes, mais encore d'une manière beaucoup moins pénible et moins fatigante pour les malades. Bien qu'utile chez tous les sujets, à certaine époque de leur maladie, l'eupatoire n'a pas suffi, dans tous les cas, pour amener une guérison complète. Lorsque les symptômes de l'invasion étaient extrêmement graves; quand la sécrétion biliaire était troublée, et surtout dans les cas où la maladie s'était étendue jusqu'au canal alimentaire, on prescrivait, avant de l'administrer, un cathartique mercuriel, combiné avec la poudre d'ipéca composé. Dans le cas, au contraire, où la violence de la maladie s'était portée, ce qui arrivait le plus souvent, sur l'appareil pulmonaire seulement, avec douleur de tête, du dos et des reins, les effets de l'eupatoire étaient prompts et décisifs; administrée d'une manière convenable, son infusion suffisait seule pour faire disparaître complétement et de la manière la plus expéditive tous les phénomènes morbides.

Voici quel est le mode d'administration de cette substance : — dans les cas les plus graves, et que l'on se propose de traiter uniquement par cette méthode, on couvre bien le malade et on lui fait boire

une tasse d'infusion préparée avec une once de feuilles sèches, sur lesquelles on a versé une pinte d'eau bouillante. On administre une dose semblable et à chaud toutes les demi-heures. Après la quatrième et la cinquième dose, il survient des nausées considérables, quelquefois des vomissements, et ensuite une transpiration abondante, sous l'influence de laquelle tous les symptômes s'améliorent immédiatement. En même temps que les nausées se font sentir, l'expectoration devient très-abondante et facile, et le malade se trouve beaucoup mieux. Dans le but de maintenir le malade sous la même influence, on continue d'administrer l'infusion par tasses à trois ou quatre heures d'intervalle et à la même dose. C'est environ six ou sept heures après le début de ce traitement que commencent les évacuations alvines liquides, et ensuite le ventre reste libre. Lorsqu'on a commencé le traitement par l'emploi du calomel ou de quelque autre préparation énergique, on doit, dès le lendemain, administrer l'infusion pour en obtenir les effets sudorifiques et expectorants. Dans ce cas, on en administre une dose toutes les deux heures. Quand, à la suite de cas graves, le malade, après la disparition des symptômes les plus prononcés, reste faible, il se trouve bien de l'administration de l'infusion à trois tasses par jour et à froid. (*The american Journ. of the med.* et *Revue médico-chirurgicale de Paris*, janvier 1848.)

HÉMORRHAGIES *dans les opérations sur la langue*. (*Moyen pour arrêter les*). Ayant à pratiquer l'excision de la langue pour une dégénérescence squirrheuse de cet organe, voici de quelle manière M. le docteur Heylen s'y prit pour prévenir l'hémorrhagie, ordinairement si difficile à maîtriser dans ce cas. L'opérateur traversa d'abord la langue en avant et en dedans de la partie cancéreuse, à l'aide d'une aiguille courte, armée d'un fil double, qu'il employa à attirer cet organe hors de la bouche. Cinq fils furent ainsi successivement passés de bas en haut et dans une direction de devant en arrière. Les trois premiers furent placés avec facilité, mais le quatrième et surtout le cinquième exigèrent plusieurs tentatives pour les pouvoir faire passer à travers la base de la langue. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement après chaque piqûre. Les fils, qui circonscrivaient assez exactement la partie malade en restant toujours dans le tissu sain de la langue, furent réunis et servirent à retirer cet organe hors de la bouche pour faciliter l'excision de l'ulcère. Cette opération fut prompte et assez profonde pour que le troisième fil et le quatrième fussent divisés par l'instrument tranchant. La perte de substance de la langue parut très-grande; l'hémorrhagie fut très-abondante, mais s'arrêta immédiatement après la suture opérée avec les trois fils restés en place. La réunion de la plaie fut très-facile et assez exacte. Ce moyen n'est autre chose, comme on le voit, que la ligature d'attente. Les fils bien engagés dans le tissu de la langue avant l'excision de la partie malade, permettent à l'opérateur d'arrêter à tout moment l'hémorrhagie, en constituant une ligature en masse par la compression que leur réunion exerce sur le fond et les bords de la plaie. Beaucoup de chirurgiens préféreront sans doute ce moyen à la cautérisation, qu'il n'exclut pas d'ailleurs, s'il paraissait utile d'y recourir. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers.*)

LUXATION DU COUDE *compliquée de plaie contuse et pénétrante de l'articulation. Guérison.* Il arrive trop souvent que, par la crainte des accidents ultérieurs qui peuvent résulter des lésions articulaires, les chirurgiens sacrifient des membres qui eussent pu être conservés. Nous joindrons aux faits nombreux connus dans la science, qui déposent contre la trop grande propension qu'ont en général les chirurgiens à pratiquer des amputations, le fait suivant, comme un exemple remarquable non-seulement de conservation du membre, malgré une lésion profonde de l'articulation, mais encore de conservation de toutes ses fonctions.

Un homme fut violemment frappé à la partie inférieure du coude par le manche d'un cric, qui produisit des désordres graves dans l'articulation huméro-cubitale : une large plaie, accompagnée d'une désunion de toutes les parties musculaires, ligamenteuses et autres, excepté en avant, existait à la partie inférieure de l'articulation. La tête du radius

et le cubitus avaient été arrachés et portés en haut et en avant vers l'humérus; les coudyles de ce dernier os et une partie de son corps, dans une étendue de deux pouces et demi à trois pouces, sortaient en arrière par la plaie, et formaient presque un angle droit avec l'avant-bras. Cette portion de l'humérus était entièrement dénudée. Il n'y avait presque plus d'hémorrhagie; des lambeaux musculaires pendaient hors de la plaie. Cette plaie parut tellement grave, que tous les chirurgiens présents à la consultation penchaient pour l'opération immédiate. Cependant, avant d'y avoir recours, le chirurgien du service, M. James Prior, voulut essayer de réduire la luxation, ce qui fut fait assez facilement. On reconnut alors qu'il n'y avait aucune fracture, et que les vaisseaux et les nerfs du bras n'étaient nullement lésés. Cette dernière circonstance, jointe au refus du malade de se soumettre à l'opération, décidèrent M. Prior à tenter la conservation du membre. La peau fut rapprochée, le membre fut placé dans la demi-flexion, et maintenu par une attelle. Dans la soirée, il y eut quelques frissons, et dans la nuit, le malade souffrit beaucoup de son membre, qui se tuméfia et devint extrêmement chaud. Le surlendemain, la fièvre s'alluma; en même temps le gonflement et la chaleur du membre malade avaient augmenté, et il s'était montré quelques vésicules noirâtres autour de l'articulation. Le sixième jour, la plaie fournissait beaucoup de pus, et commençait à se couvrir de granulations. Le quatorzième jour, on ouvrit un abcès qui s'était formé au milieu de la hauteur du bras, sur le trajet de l'artère brachiale; plusieurs autres abcès se montrèrent les jours suivants. Malgré tous ces accidents, et malgré un autre accident bien plus grave, la sortie du condyle interne de l'humérus à travers la plaie, la guérison n'eut pas moins lieu. Mais ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que les surfaces articulaires ne se soudèrent pas. Trois mois et demi après l'accident, le malade sortit de l'hôpital, pouvant se servir de son bras pour tous les usages avec autant de facilité qu'auparavant. — Nous nous demanderons si une partie des accidents signalés dans cette observation n'eussent pas pu être prévenus au moyen des irrigations froides. (*The Lancet*, et *Archiv. génér. de méd.*, décembre 1847.)

METRITE *puerpérale idiopathique ou franche, et phlegmons iliaques. Leur traitement.* La métrite aiguë et les abcès iliaques, considérés comme éléments de certaines fièvres puerpérales, ont fait, depuis quelques années, le sujet de nombreux travaux; mais il est un état morbide de l'utérus que l'on rencontre assez fréquemment dans les hôpitaux, chez les femmes nouvellement accouchées, et sur lequel l'attention des médecins semble n'avoir pas été encore suffisamment fixée; il s'agit de cette forme de métrite à laquelle M. Chomel a donné le nom de *métrite post-puerpérale*, pour la distinguer à la fois de la métrite simple qui survient hors de l'époque d'activité de l'utérus, et de la métrite aiguë pyogénique, qui se développe immédiatement après l'accouchement. C'est à cette forme particulière de métrite sub-aiguë, qu'il désigne sous le nom de *métrite puerpérale idiopathique, ou métrite franche des nouvelles accouchées*, que M. Willemin, ancien interne à la Charité, a consacré un travail important. Voici les principaux caractères qu'il assigne à cette maladie: le ralentissement du retrait de l'utérus, avec induration partielle des parois de cet organe et lochies anormales, en constitue les symptômes locaux les plus constants; il n'y a souvent de douleur et de fièvre qu'au début, ou lorsque l'inflammation est intense. Ce qui la distingue particulièrement, c'est la lenteur de sa marche et la bénignité de ses symptômes. On peut, d'après l'auteur, reconnaître quatre formes principales de cette métrite; la première, caractérisée par le volume anormal de l'utérus, la douleur et la fièvre: la seconde, par le volume anormal de l'utérus, avec douleur, mais sans fièvre; la troisième, dans laquelle la douleur manque, ainsi que la fièvre; il ne reste que l'augmentation du volume de l'utérus, jointe à d'autres symptômes tirés de l'état des lochies qui sont, en général, sanguinolentes, et de l'état du col utérin; enfin, la quatrième, (la plus rare), renfermant les métrites sans fièvre, sans tumeur à l'hypogastre, mais avec douleur, jointe à d'autres symptômes, tels que lochies anormales. Chacune de ces formes de métrite peut se compliquer et se complique assez fréquemment de

l'inflammation du tissu cellulaire pelvien. Toutefois, cette complication, bien que fâcheuse et aggravant le pronostic généralement favorable de cette affection, n'entraîne que rarement une terminaison funeste, surtout si le traitement est dirigé convenablement avec une certaine activité. Sur dix observations recueillies par l'auteur, dans le service de M. Rayer, et qui forment le fond de ce travail, la terminaison a été constamment heureuse, bien que, dans ce cas, il y ait eu complication de phlegmons pelviens. Ces phlegmons se sont tous terminés par résolution.

Les causes les plus fréquentes de cette espèce de métrite paraissent être l'excitation locale produite par un premier accouchement, la *déchirure profonde du col utérin*, et, ainsi que l'a signalé déjà M. Chomel, la sortie prématurée des nouvelles accouchées, la marche et la fatigue peu de temps après la parturition.

Le traitement de ces métrites est celui des inflammations franches : une ou plusieurs saignées générales, en se guidant sur l'état du pouls et sur la persistance ou la cessation des douleurs; des applications de cataplasmes émollients, les lavements de même nature, la diète, etc. On peut même se dispenser des émissions sanguines lorsqu'il n'y a point de fièvre et que la tumeur utérine est peu développée, peu ou point sensible à la pression. Le traitement des phlegmons pelviens mérite toute l'attention des praticiens. Voici comment y procède M. Rayer: il commence par pratiquer une saignée générale, pour peu qu'il y ait de réaction fébrile, et concurremment il ordonne l'application d'un large vésicatoire volant sur la région douloureuse. Si la fièvre persiste, il renouvelle la saignée, et dès que le vésicatoire est sec, il en fait poser un nouveau, et ainsi de suite, couvrant tout le bas-ventre de vésicatoires appliqués coup sur coup. Il administre aussi quelques purgatifs, surtout quand il y a constipation. On ne saurait douter que si l'on employait plus généralement un traitement semblable, on verrait moins souvent ces phlegmons se terminer par la suppuration, et entraîner les accidents graves que l'on connaît. (*Archiv. génér. de méd.*, novembre et décembre 1847.)

PARACENTÈSE DU THORAX, *pratiquée quinze fois dans un cas d'épanchement pleurétique.* L'observation suivante, non moins remarquable par la ténacité de l'affection que l'on eut à combattre, que par les ressources précieuses et l'innocuité constante du moyen chirurgical qui lui fut opposé, a été consignée par M. le docteur Hughes dans le *London medical Gazette*. On excusera sans doute, en raison de leur intérêt, la longueur des détails dans lesquels nous sommes obligés d'entrer.

Le sujet de cette observation, médecin lui-même, entra à l'hôpital de Guy en juin 1844, pour un épanchement thoracique survenu à la suite de congestions thoraciques répétées. Le côté droit de la poitrine mesurait un pouce de plus que le gauche; il donnait dans toute son étendue un son mat, et laissait entendre le souffle tubaire et l'égophonie caractéristiques. Après avoir constaté d'une manière positive l'existence d'une collection liquide, au moyen d'une ponction exploratrice, M. Cock, chirurgien de l'hôpital de Guy, enfonça le trocart entre les septième et huitième côtes; il sortit 720 grammes d'une sero-ité jaune trouble, à plein jet et sans inconvénient pour le malade, sauf une exacerbation de la toux pendant la nuit suivante, et une légère hemoptysie. Après être resté quelques jours hors de l'hôpital, le malade y rentra, ayant toujours de l'oppression et de la matité dans le côté droit. Une nouvelle paracentèse fut pratiquée presque à la même place que la première fois: il sortit 1,080 grammes d'un liquide en tout semblable au premier. Le malade en fut très-soulagé; l'amélioration continua les jours suivants. Le 30 juillet, il rentra à l'hôpital. Le bénéfice obtenu était evident; la poitrine, dans son contour, avait subi une diminution d'au moins deux pouces, répartis presque également entre les deux côtes. On évacua encore 360 grammes de liquide. Au mois d'août, rentré après avoir continué un traitement mercuriel jusqu'à salivation, il était beaucoup mieux sous le rapport de la toux, des forces et de la facilité des mouvements et de la respiration. On ne jugea pas à propos de ponctionner; on prescrivit seulement des vésicatoires réitérés, de l'iodure de potassium, du quinquina, etc. Au mois de novembre suivant, le malade rentra

avec une nouvelle accumulation de liquide dans la poitrine. On en retira encore cette fois 1,060 grammes. Dans le but de faciliter la résorption des fausses membranes qui pouvaient exister à la surface des poumons, on prescrivit des frictions d'onguent mercuriel, mais après avoir pratiqué préalablement une nouvelle ponction, dans le but de vider autant que possible la plèvre; il sortit 240 grammes de liquide toujours aussi transparent qu'auparavant. Mais, pendant une inspiration soudaine, à laquelle les chirurgiens n'étaient pas préparés, il entra cette fois une grande quantité d'air dans la plèvre (on avait scrupuleusement observé jusque-là les moyens d'empêcher cette pénétration). Toutefois, le malade déclara n'avoir pas souffert davantage que les autres fois; mais, à partir de ce moment, il y eut dans la succussion un bruit tympanique que le malade et les assistants entendaient parfaitement. Vers la fin du même mois, on retira encore 560 grammes de liquide par la ponction, et il sortit en même temps, à la fin de l'opération, un peu d'air, par suite d'une forte inspiration qu'on fit exécuter au malade. Un mois après, le liquide se reproduisit malgré la mercurialisation; nouvelle ponction, et issue de 540 grammes de liquide.

Enfin, les effets du mercure ayant cessé, le malade était sur le point d'entreprendre un long voyage, lorsqu'il fut atteint, par suite d'un refroidissement, de broncho-pneumonie à droite. Il fut traité par l'antimoine, l'opium et le calomel. A la suite de cette affection, on fut obligé de recourir, durant six mois, à de nombreuses ponctions. En somme, il subit en tout quinze ponctions. Six mois après la dernière ponction, cet homme jouissait d'une bonne santé; il avait de l'embonpoint et de la fraîcheur. La poitrine n'était point déformée; le côté droit s'élevait plus naturellement que jamais. La matité ne s'entendait en avant qu'au-dessous du mamelon. Au-dessus de ce point, le bruit respiratoire était seulement un peu plus rude qu'à l'état naturel, mais d'ailleurs exempt de tout râle. En arrière, la matité était encore assez prononcée; mais le bruit respiratoire s'y entendait, et de plus en plus, à mesure que l'oreille descendait. Il ne paraissait pas y avoir d'air contenu dans la plèvre. Le sujet était d'ailleurs dans d'excellentes conditions de santé générale. (*London med. Gaz.*, et *Gaz. méd. de Paris*, décembre 1847.)

PROLAPSUS DE L'ANUS (*Nouvelle méthode de traitement du*). M. Hake propose contre le prolapsus de l'anus le plan de traitement suivant, qu'il applique aussi avec succès, dit-il, aux hémorrhoïdes étranglées après leur sortie. On commence par réduire soigneusement, après chaque selle, la partie d'intestin sortie, opération que l'on aide en se servant de mousse de savon pour mieux faire glisser les tissus. On applique ensuite solidement sur l'anus un morceau d'éponge mouillée, et, pendant que d'une main on le retient en place, on rapproche les fesses l'une de l'autre au moyen de bandelettes agglutinatives disposées comme si l'on voulait mettre en contact les lèvres d'une plaie.

Nous ne mettons pas en doute l'efficacité de ce moyen, mais nous croyons qu'on peut remplir cette indication d'une manière plus simple et plus efficace à la fois, au moyen d'un trochisque de glace. Ce moyen a parfaitement réussi entre nos mains. (*London med. Gaz.*, et *Gaz. méd.*, janvier 1848.)

RÉTENTION D'URINE *dans les affections cérébrales* (*Moyen de combattre la*) *sans le secours de la sonde*. Voici le moyen que M. le docteur Van den Broeck a imaginé pour remédier à ces rétentions d'urine qui accompagnent fréquemment les affections cérébrales simples ou compliquées, essentielles ou symptomatiques, et qu'il emploie, dit-il, avec succès, depuis plus de vingt ans, toutes les fois que ce cas se présente dans sa pratique. Au lieu de la sonde, l'auteur fait usage de grands verres à ventouse, qu'il applique à la partie supérieure ou interne des cuisses. (De grands verres à bière font plus d'effet encore que les ventouses ordinaires). Neuf fois sur douze au moins, dit l'auteur, l'émission se fait au bout de quelques secondes. On sait d'ailleurs que dans les cas de ce genre où l'on recourt habituellement au cathétérisme, il n'est pas toujours nécessaire que la sonde pénètre jusque dans la vessie pour en retirer l'urine; l'excitation que l'extrémité de la sonde produit dans le canal suffit souvent par détermi-

ner la contraction du réservoir urinaire, et l'on voit alors l'urine s'échapper entre la sonde et le canal. (*Revue médico-chirurg. de Paris*, janvier 1848.)

SULFATE DE QUININE *dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.* Nous signalions récemment l'inopportunité, pour ne pas dire l'imprudence, qu'il y avait à employer, chez les enfants, le sulfate de quinine à des doses élevées, telles, par exemple, qu'on les prescrit dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Mais nous ne pensons pas que la même réserve soit commandée à l'égard des diverses applications que l'on peut faire de ce médicament, tant qu'on n'en dépasse point les doses moyennes. On sait que le sulfate de quinine a été préconisé dans certaines formes de la fièvre typhoïde. M. le docteur Szokalski a voulu voir par lui-même les effets qu'on en pourrait obtenir chez les enfants, et il l'a expérimenté sur un certain nombre d'enfants atteints de fièvre typhoïde. Il a donné ce médicament à la dose de 30 à 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures, administré depuis midi à dix heures du soir et continué de sept a quinze jours. M. Szokalski a observé que, sous l'influence de ce traitement, le pouls devient plus lent, moins développé et irrégulier, la température du corps s'abaisse avec le ralentissement du pouls; dans quelques cas, la transpiration a été augmentée; en général, l'état des garde-robes s'améliore et les forces se relèvent peu de temps après l'administration du remède. Son emploi n'a pas été suivi de fuliginosités des lèvres, des dents et de la langue, ni de tuméfaction du ventre, ni de diarrhée; il empêche plutôt le gonflement de la rate, favorise le retour de l'appétit; les fonctions cérébrales ne se sont pas aggravées. Ce médicament, quoique ayant paru produire une fois une irritation de l'estomac, n'a pas fait naître une inflammation de cet organe; il semble, au contraire, avoir favorisé la cicatrisation des ulcères intestinaux et la diminution du volume de la rate, dans trois cas où la mort était due à des maladies (bronchite, croup, variole) survenues pendant que la fièvre typhoïde s'améliorait.

Si ces expériences ne sont pas suffisantes pour établir l'utilité du sulfate de quinine dans l'affection dont il s'agit, elles tendent, du moins, à prouver qu'administré à des doses modérées, il n'a pas les inconvénients qu'on aurait pu craindre, et que, si ses indications ne sont pas formelles, il n'est pas, non plus, formellement contre-indiqué, même par les lésions intestinales les plus graves. (*Journal fur kinderkrankheiten*, et *Gaz. méd.*, décembre 1847.)

SYSTÈME NERVEUX (*Nouveau moyen de diagnostic des affections du) par irritation des troncs nerveux.* Ayant fait la remarque, chez un malade affecté de mouvements spasmodiques de la main, que ces mouvements étaient notablement augmentés par la pression du nerf cubital à son passage vers l'olécrâne, tandis qu'une pression égale de l'autre côté ne déterminait que des effets très-peu prononcés, M. le docteur Augustus Waller conçut, d'après cette observation, l'idée de faire servir la pression des nerfs superficiels, notamment du cubital, du médian et du péronier, comme moyen de diagnostic dans les affections du système nerveux. Le procédé qu'il a adopté à cet effet consiste à tendre le nerf comme une corde, en l'écartant de sa direction normale, puis à le faire glisser sous le doigt, de manière à lui faire produire, en s'échappant, un léger bruit. C'est ce que l'auteur appelle la *vibration* du nerf. Les effets généraux de cette vibration, en prenant pour exemple le nerf cubital à *l'état sain*, sont les suivants :

Du côté du mouvement, légère flexion des deux derniers doigts, et spécialement de la main. Chez les personnes d'une constitution vigoureuse, la flexion est à peine perceptible; chez d'autres, particulièrement chez les femmes, ce mouvement est très-considérable. Quelques sujets ressentent ensuite une grande lassitude du membre.

Du côté du sentiment, les effets sont, en général, proportionnés, pour le degré, à ceux qui concernent le mouvement; il se développe de la douleur dans deux directions, à savoir, de haut en bas, depuis le point comprimé jusqu'aux deux derniers doigts, et parfois à la paume de la main, et de bas en haut, depuis le même point jusque près de l'acromion. A cette douleur succède une sensation de fourmillement, généra-

lement bornée à l'annulaire et au petit doigt.

Voici maintenant les applications que M. Waller propose de faire de ces expériences au diagnostic des affections des cordons nerveux. Suivant que les effets moteurs ou les effets sensitifs seront plus ou moins prononcés d'un côté que de l'autre, ou que la sensation douloureuse n'aura lieu que suivant la direction ascendante ou la direction descendante, on en conclura à une différence de puissance motrice ou de faculté sensitive entre les deux nerfs similaires, et il y aura à voir si cette différence tient à la paralysie plus ou moins complète de l'un, ou à l'excitabilité de l'autre. Enfin, l'expérience de la vibration pourra, dans le cas d'une douleur siégeant dans le voisinage d'un nerf superficiel, démontrer l'intégrité du nerf et sa non-participation à la maladie, comme elle pourra faire découvrir en lui le véritable point de départ de la douleur, etc.

Jusqu'à présent les médecins se sont bornés, en général, pour apprécier le degré de sensibilité d'un nerf, à le presser sous le doigt; le nouveau procédé de vibration proposé par l'auteur, outre la précision plus grande qu'il est susceptible de donner dans l'appréciation de la sensibilité, aura l'avantage d'étendre ce genre d'exploration à l'étude des mouvements spasmodiques. (*London med. Gaz.*, et *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1848.)

TEINTURE D'IODE (*Application extérieure de la*) *dans les maladies de la peau*. M. le docteur Hoffbauer préconise l'application extérieure de la teinture d'iode dans le traitement de certaines affections cutanées qui se montrent le plus habituellement rebelles aux divers modes de traitement en usage. Voici comment il procède et quels sont les effets ordinaires de cette médication. Cette application, faite avec un pinceau ordinaire, est suivie d'un sentiment de chaleur et même de brûlure, qui dure pendant une ou deux heures. Il faut faire attention de ne pas toucher les parties gercées ou ulcérées, car la douleur devient alors très-vive. Ce médecin fait appliquer deux fois par jour la teinture, si le malade la supporte; mais il se règle d'après la sensibilité de la peau. On voit survenir de temps en temps de petites vésicules. Après quelques jours de traitement, il conseille de ramollir la peau avec de l'eau tiède pour détacher les croûtes produites par l'application de l'iode; on voit ordinairement après la chute de ces croûtes la peau apparaître saine. — Les gerçures qui se déclarent pendant l'emploi trop énergique de la teinture disparaissent plus tard en continuant le remède. Le traitement est achevé lorsque la peau est devenue lisse et rouge. M. Hoffbauer assure n'avoir jamais vu de récidive ni de métastase; il n'a essayé l'iode à l'intérieur que dans les cas d'indication spéciale par la constitution du malade. — Parmi les observations citées à l'appui de l'efficacité de cette méthode, on remarque un cas de psoriasis guttata, deux cas de pityriasis, un cas d'ichthyose pour lequel un grand nombre de traitements avaient été subis sans succès, enfin plusieurs cas d'acné de la face, qui tous cédèrent également, en un temps variable, aux applications extérieures de teinture d'iode. Il n'est question, dans aucun de ces cas, de médication interne. (*Allgemeine medicinische centrale zeitung*, et *Gaz. méd.*, janvier 1848.)

TEMPÉRATURE ANIMALE (*Influence de certaines substances médicamenteuses et toxiques sur la*). M. Demarquay, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, s'est livré à des recherches expérimentales ayant pour objet l'étude des modifications éprouvées par la température animale sous l'influence de certaines opérations ou affections chirurgicales, et de l'administration de certains agents médicamenteux et toxiques à une assez haute dose. Voici les principaux résultats que l'auteur a constatés sur ce dernier point. Parmi les agents toxiques, les uns amènent assez promptement une augmentation dans la température; tels sont la digitale, la belladone, l'huile de croton et la strychnine; les autres, au contraire, abaissent assez promptement cette même température, surtout le cyanure de potassium, le sublimé corrosif, l'acide arsénieux, l'hydrochlorate de morphine, l'ammoniaque.

L'auteur a constaté, en outre, ce fait intéressant, que l'éthérisation poussée très-loin amène un abaissement notable dans la température animale, et cela à partir du moment où la période d'insensibilité arrive

jusqu'à la mort de l'animal. (*Thèses de Paris*, 1847.)

THÉ (*Du*) *comme moyen de faire disparaître l'amertume du sulfate de quinine*. Nous avons déjà plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs sur la propriété dont jouit le café de neutraliser l'amertume du sulfate de quinine. M. Dorvault, qui a mis ce fait hors de doute par une série d'expériences judicieusement instituées, a attribué cette propriété à la décomposition de la partie dissoute du sulfate de quinine (la seule qui affecte le goût) par le principe tannique du café. Partant de cette idée, comme d'un fait démontré, M. Thélu, pharmacien à Dunkerque, a pensé que le thé renfermant les mêmes principes astringents que le café, devrait avoir la même efficacité. C'est ce que ses expériences, assure-t-il, lui ont démontré. Il va même plus loin et considère le thé comme préférable, sous ce rapport, au café, particulièrement en ce que l'aspect de cette liqueur n'éprouve aucun changement par la présence du sulfate de quinine, circonstance qui n'est pas sans valeur lorsqu'on veut administrer ce médicament de manière à ce qu'il ne soit point reconnu par le malade. (*Répert. de Pharm.*, décembre 1847.)

TUMEURS ERECTILES (*Nouveau mode de traitement des*). *Division sous-cutanée des vaisseaux*. M. le professeur Behrend, de Berlin, propose un nouveau mode de traitement contre les *telangiectasies*, plus vulgairement connues sous le nom de tumeurs sanguines ou érectiles. Ce moyen consiste dans la cautérisation avec l'acide acétique concentré, suivie d'applications de compresses imbibées de vinaigre. Dans ce cas la tumeur érectile se contracte, devient dure, d'un jaune pâle, et s'atrophie; il se forme une inflammation oblitérante qui occasionne la coagulation du sang dans les vaisseaux, fronce la partie malade et la convertit en un tissu parcheminé, espèce d'escarre qui tombe et laisse voir les tissus sous-jacents complétement flétris.

L'auteur recommande, en outre, la division sous-cutanée des vaisseaux dilatés à l'aide d'aiguilles à double tranchant. Nous devons ajouter que ce dernier moyen a réussi sous nos yeux, entre les mains de M. Blandin.

Il ne sera sans doute pas inutile de rappeler ici en quoi consiste cette opération, d'ailleurs fort simple. L'opération a pour but, en divisant le tissu vasculaire qui constitue ces sortes de tumeurs, de déterminer leur oblitération et par suite l'affaissement et l'atrophie de la tumeur elle-même. Le procédé propre à réaliser ce résultat consiste à faire, sous la peau, à travers une piqûre pratiquée à la base d'un pli cutané (quand ce pli est possible), des scarifications de la tumeur. On divise dans tous les sens le tissu vasculaire, de manière à en détruire la trame: cette opération a pour résultat la substitution d'un tissu de cicatrice sous-cutanée, au tissu vasculaire morbide. (*Journal fur Kinderkrankheiten*, et *Gaz. méd. de Paris*, décembre 1847.)

ULCÉRATIONS *du col de l'utérus pendant la grossesse*. On a considérablement écrit sur les ulcérations du col de l'utérus, mais très-peu sur leur rapport avec l'état de grossesse et sur l'influence que cet état morbide du col utérin et la gestation peuvent réciproquement avoir l'un sur l'autre. Un travail de M. le docteur Henri Clennet comble en partie cette lacune. Voici les conclusions que ce médecin a déduites d'un certain nombre d'observations qui ont passé sous ses yeux :

1° Les ulcérations inflammatoires du col de l'utérus sont assez communes pendant la grossesse, quoiqu'elles n'aient pas été signalées par les accoucheurs et par les divers auteurs qui ont écrit sur les maladies des femmes.

2° Lorsque cette maladie existe pendant la grossesse, les symptômes sont les mêmes que dans l'état de vacuité; seulement, ils sont rendus plus obscurs et plus ou moins modifiés par la gestation.

3° Ces ulcérations sont une cause fréquente de troubles de la santé pendant la grossesse ou d'accouchements laborieux; c'est aussi une des causes les plus fréquentes de l'avortement dans les premiers mois et vers la fin de la grossesse. Elles peuvent déterminer l'avortement, soit directement et en vertu d'une action reflexe, soit indirectement en occasionnant une maladie de l'œuf ou du placenta, ou en déterminant une hémorrhagie utérine.

4° L'examen du spéculum est ab-

solument nécessaire dans ce cas, et n'a aucune influence fâcheuse ni pour la mère ni pour l'enfant.

5° Le traitement de cette forme d'inflammation utérine doit être institué sur les mêmes règles que s'il s'agissait d'ulcération dans les cas de vacuité. Ce traitement a pour résultat de préserver la vie de l'enfant, et de conduire la grossesse jusqu'à terme, de même qu'il amène la guérison des ulcérations.

6° On peut dire, d'une manière générale, que les ulcérations sont la cause de ces fausses couches répétées et successives, qui empêchent quelques femmes de porter leurs enfants à terme. C'est en guérissant ces ulcérations que l'on peut espérer mener la grossesse jusqu'à la fin.

7° Les symptômes graves d'inflammation et d'hémorrhagie, qui succèdent quelquefois aux avortements, reconnaissent en général pour cause une inflammation et des ulcérations méconnues du col de l'utérus. On reconnaît souvent que la maladie existait avant l'avortement et qu'elle l'a déterminé. La même remarque s'applique à ces cas dans lesquels les symptômes que l'on vient de mentionner précèdent et suivent le travail de l'accouchement.

8° Bien que l'ulcération du col soit, en général, une cause de stérilité, on observe néanmoins d'assez fréquentes exceptions à cette règle, l'imprégnation étant si facile chez quelques femmes, que les maladies utérines les plus graves n'y mettent pas obstacle.) *The Lancet*, et *Arch. gén. de méd.*, décembre 1847.)

VARIÉTÉS.

M. le ministre de l'instruction publique a déposé sur le bureau de la Chambre des députés le nouveau projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et sur l'enseignement de la pharmacie. Ce projet n'est à peu près qu'une rédaction nouvelle de celui qui a été amendé et voté par la Chambre des pairs, sauf cependant quelques modifications et additions sur lesquelles il sera utile d'appeler la discussion. Parmi les plus importantes, nous signalerons la modification introduite dans le nouveau projet relativement à la nomination des professeurs. M. le ministre a adopté à cet égard un moyen terme entre l'ancien projet, qui consacrait le concours, et le projet amendé par la Chambre des pairs, qui l'abolissait; la nomination des professeurs est laissée au choix du ministre sur des listes de présentation et d'après certaines catégories, mais avec cette restriction, que le ministre pourra toujours décider, en Conseil royal, que les chaires vacantes seront mises au concours, auquel cas la liste des candidats sera arrêtée par le ministre en Conseil royal. Nous aurions à signaler encore quelques dispositions nouvelles relatives à l'exercice, telles que les conditions imposées aux officiers de santé pour leur accès au doctorat, conditions rendues plus difficiles que dans le projet primitif; l'abaissement des barrières opposées par la Chambre des pairs aux médecins étrangers, les dispositions relatives au droit d'affiches et d'annonces, les restrictions opposées à la médecine dite de *charité*, etc.; mais nos lecteurs pourront aisément suppléer, par la lecture du projet ci-joint, à toutes nos observations.

Exposé des motifs et projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

M. DE SALVANDY, *ministre de l'instruction publique.* Messieurs, nous avons l'honneur de présenter à vos délibérations, par les ordres du roi, le projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et sur l'enseignement de la pharmacie, qui a occupé avec tant d'éclat et de persévérance une grande place

dans les travaux de la Chambre des pairs pendant la session dernière. Le projet que nous avons l'honneur de vous soumettre est le même pour les principes essentiels, pour l'ensemble des matières, pour l'ordre général que la Chambre des pairs leur a attribué. Mais nous avons été convaincus d'entrer dans la pensée de cette savante et patriotique assemblée, en admettant dans la forme, et quelquefois même dans le fond du projet de loi, toutes les modifications qui nous ont semblé de nature à le rendre plus conforme au but que le gouvernement du roi et la Chambre elle-même s'étaient proposé.

Une discussion aussi brillante et aussi prolongée ne pouvait pas manquer d'éclairer tous ceux qui s'occupent de ces questions de nouvelles lumières. Elles devaient éveiller de nouvelles réflexions au sein du corps médical, des méditations plus approfondies au sein de l'administration.

L'administration n'a pas manqué au devoir d'employer l'intervalle des deux sessions à recueillir tous les faits, à entendre tous les intérêts, à peser toutes les réclamations; elle a même appelé sur les parties nouvelles ou techniques de la loi la délibération des Ecoles supérieures et des Facultés, qui sont la représentation la plus élevée des vœux et des besoins de la grande famille médicale, et à qui les intérêts de la science et ceux de la pratique sont également présents et également chers. Il nous a paru qu'à l'égard d'une loi qui atteint à tout dans la société, et qui est sur le chantier, il faut le dire, depuis trente-cinq ans, l'important n'était pas de faire vite, mais de faire bien; que la loi ne pouvait manquer de revenir à celle des deux Chambres qui en a été saisie la première, et que cette Chambre la trouverait d'autant plus digne de ses suffrages, que la forme serait plus précise, plus simple, plus exacte, et que le fond répondrait mieux à la pensée généreuse et aux nombreuses sollicitudes du législateur.

Un des soins auxquels nous nous sommes livrés, messieurs, a été de dresser une statisque complète et certaine du corps médical, par des renseignements officiels, que l'administration a recueillis dans chaque département, dans chaque arrondissement, dans chaque commune. On sait que ce travail existait déjà, et que si ce n'était pas elle qui l'avait publié, il avait été facile d'en contrôler les résultats par des faits dont tous les éléments sont en leur pouvoir. Mais enfin nous avons voulu une statistique nouvelle, un état nouveau, complet, actuel, s'étendant à tous les lieux, comprenant toutes les personnes, et dont l'authenticité ne pût laisser aucune espèce de doute dans les esprits. Ce travail, si important pour déterminer la question fondamentale des deux ordres de praticiens, sera mis sous les yeux de la Chambre. Nous y mettons en même temps les délibérations des Facultés de médecine, des Ecoles supérieures de pharmacie, et la Chambre pardonnera au chef de l'Université s'il recommande ces travaux à toutes les méditations comme des témoignages éclatants des vives lumières et des sentiments élevés de ces grands corps. Joignons à ces documents la série complète des travaux successifs de toutes les administrations, depuis 1811 jusqu'à ce jour, sous l'Empire, sous la Restauration, sous mes prédécesseurs, pendant mes deux ministères, sur les importantes questions que vos délibérations, messieurs, vont enfin résoudre. Les principaux travaux accomplis sur ces questions, au sein du corps médical lui-même, émanés de sociétés considérables, et, en particulier, de ce Congrès spontané, mais autorisé, dans lequel nous persistons à voir un fait honorable pour le corps dont il a été la représentation sage et éclairée, vous seront également soumis. Nous voulons ainsi rassembler sous vos yeux, messieurs, tous les éléments, même les plus contradictoires, de la longue controverse qu'il vous appartient de terminer. Nous remplissons ainsi le devoir de faciliter votre travail, d'éclairer et d'assurer votre marche; en même temps, nous écarterons à l'avance de cette tribune l'un des reproches les plus étranges que le projet de loi ait d'abord rencontrés sur sa route, celui de ne pas répondre à des besoins suffisamment pressants, de n'être pas réclamé par des intérêts réels et considérables, de manquer de préparation, de n'avoir pas été préparé, notamment par ces délibérations antérieures, qui sont la plus sûre garantie de la maturité de l'œuvre présente. Vous verrez que ces délibérations remontent au Conseil d'Etat de l'Empire, au Conseil d'Etat, aux Commissions, aux Chambres de la Restauration; que la loi est réellement pendante devant les corps législatifs depuis 1825. Vous vous rappellerez, messieurs, que des pétitions sans nombre, reproduites chaque année au milieu de vous, en ont redemandé la reprise à votre zèle et à votre patriotisme; que chaque année vous pressiez l'administration de vous mettre en mesure de satisfaire à des vœux multipliés, divers, légitimes. Souffrez que nous ajoutions, qu'en se préoccupant du devoir de donner satisfaction aux nombreux intérêts engagés dans le débat, l'ad-

ministration a tout fait pour y porter la connaissance approfondie des besoins et des faits.

Les documents qui vous sont présentés attesteront que nous avons consacré les cinq années de notre administration à une étude consciencieuse de la question, de tous les éléments dont elle se compose; et nous pensons que de ces documents aucun ne vous frappera plus que les procès-verbaux, qui vous sont textuellement soumis, de cette Commission des hautes études médicales que nous avons instituée pour nous éclairer de ses avis d'une manière fixe et permanente, en y appelant des représentants de l'enseignement et de la science qui appartiennent à tous les points du royaume, qui compte dans son sein les maîtres les plus éminents de toutes nos Écoles, et qui sont à la fois les meilleurs interprètes des besoins de la science médicale et de la santé publique.

L'examen de ces matériaux vous fera voir, messieurs, par quelles vicissitudes a passé, sur les diverses parties de la question, la pensée de toutes les administrations et de tous les corps, toujours unanimes à toutes les époques sur un point capital, savoir, les vices essentiels de la constitution actuelle du corps médical, l'impossibilité de la laisser subsister un jour de plus, et il y a trente-cinq ans que cette déclaration était faite pour la première fois dans les Conseils de Napoléon, sur un rapport de Dupuytren. On n'est arrivé que progressivement au système qui a prévalu dans le projet de loi que la Chambre des pairs a ratifié de ses suffrages, et que nous avons l'honneur de vous proposer. On n'y est arrivé que lentement, successivement. Pendant longtemps l'état de la société n'aurait pas permis une solution définitive et complète; mais on y est arrivé unanimement, et c'est aujourd'hui, sous les auspices de la délibération conforme de tous les corps médicaux, de toutes les Facultés, du Congrès, d'un nombre infini de Sociétés médicales et savantes, de la haute Commission des études médicales, et, ce qui vaut mieux, la Chambre des pairs. Nous vous proposons le jugement du procès qui divisait, il y a vingt-cinq ans, Cuvier, Chaptal et les deux Chambres.

Vous savez, messieurs, que la question fondamentale de la loi est celle des deux ordres. Cette question est depuis longtemps résolue pour le corps médical. Les deux branches dont il se compose aspirent également au moment où elle le sera par la législation comme elle l'a été par l'expérience.

Si les médecins, les chirurgiens, les praticiens de tout ordre, pourvus du doctorat, sont impatients de voir leur profession relevée dans le sentiment public par la suppression en principe du praticien dont la considération et l'instruction restreinte nuisent à la dignité de la profession; les officiers de santé, à leur tour, n'ont pas moins la conviction de la nécessité d'un changement immédiat. Ils savent mieux que personne combien leur situation est incomplète, précaire, affaiblie d'une manière irremédiable, tant par l'insuffisance notoire des épreuves qu'ils ont fournies, que par les discussions renouvelées et croissantes auxquelles elles donnent lieu depuis l'origine. Dans le Congrès, et partout, eux aussi ont voté pour le principe de l'unité. Si le législateur, comme nous le proposons, joint à ce principe salutaire des dispositions favorables pour les officiers de santé actuels, leur reconnaissance nous sera acquise, messieurs, comme leur adhésion.

Les motifs généraux, et plus instinctifs que réfléchis, qui se sont opposés longtemps à l'établissement de l'unité, sont tombés devant l'examen sérieux et approfondi des faits. On supposait que ce second ordre était indispensable pour desservir les départements, les contrées pauvres, nécessairement dédaignées, et abandonnées par les docteurs.

Nous avions annoncé déjà, et la statistique fait voir que les officiers de santé se pressent dans les départements riches, qu'ils recherchent partout les villes, et que, dans l'inégale répartition des hommes de l'art sur la face du territoire, les docteurs se distribuent inégalement entre les villes et les villages, entre les départements pauvres, peu populeux, et les départements les plus considérables et les plus prospères. Les officiers de santé, loin de chercher une clientèle à part, disputent à l'homme instruit, qui a donné des gages à la science, qui a reçu d'elle ses consécrations, la clientèle et le crédit; et ce n'est pas là une des moindres objections à l'existence d'un privilége étrange et nouveau, celui d'une corporation qui, avec moins de garanties d'instruction, conteste à un corps, dont l'État exige les garanties les plus multipliées, les avantages qui doivent être le prix des lumières acquises et la compensation des sacrifices qu'elles ont coûté.

Rien n'est plus propre à détourner les familles de ces sacrifices coûteux, à détourner la jeunesse d'une vocation difficile, mise au prix de si fortes études, pour être exposée le lendemain à un tel parallèle et à une telle concurrence. Il

est impossible qu'un grand nombre de vocations moins généreuses, moins élevées, moins résolues, ne se détournent pas du premier ordre vers le second, qui coûte si peu et rapporte autant ; et ce dont on ne peut s'étonner assez, c'est que la dépopulation du corps médical, qu'on redoutait de la suppression du second ordre, n'ait pas été produite en effet par son existence et son maintien.

Cependant, messieurs, examinez de près si cette question de la dépopulation possible du corps médical donne des résultats imprévus et convaincants. Non-seulement ce corps, si important à la société, ne diminue pas, mais il va en augmentant toujours, et ce ne sont pas les officiers de santé qui constituent l'augmentation, ce sont les docteurs. Les officiers de santé décroissent d'année en année, et, au moment où nous parlons, il y a dans nos écoles près de 1,700 étudiants qui se destinent courageusement au doctorat, contre moins de 200 qui entendent se contenter d'une commission d'officier de santé. Ainsi les mœurs et les faits se chargent d'accomplir la réforme que nous proposons. L'intérêt social l'emporte sur les résistances et les erreurs de l'intérêt privé. Un sentiment d'honneur lutte dans les familles contre tous les conseils de la parcimonie la plus légitime en faveur de l'instruction la plus forte et la plus dispendieuse. On peut assurer que l'institution des officiers de santé disparaîtrait d'elle-même, si la perspective d'un but plus facilement atteint, atteint à la fois avec moins de temps et moins d'efforts, n'enlevait bien des jeunes gens à la pratique laborieuse des écoles et à leurs nombreuses épreuves, pour les pousser dans une voie aussi courte que facile. Le jour où l'État se refusera à faire plus longtemps cette concurrence fatale au travail, à l'ordre, au savoir, il est hors de doute que le recrutement du doctorat, si nombreux déjà, ne fera que prendre des développements encore plus rapides.

Il y a quelques années, la proportion des diplômes annuellement délivrés par les Facultés s'était élevée à près de sept cents : on ne craint pas de dire que ce chiffre était hors de proportion avec tous les besoins de la société française. Il s'est considérablement réduit par suite de l'exigence du baccalauréat ès sciences; mais, dès cette année, les chiffres se relèvent dans les Facultés, quoique combattus par le grand nombre de jeunes gens qui se hâtent de prendre des commissions d'officier de santé pendant que cette chance facile leur est encore ouverte; et si les Chambres adoptent, comme nous n'en pouvons douter, les mesures proposées ailleurs pour rétablir l'égalité entre les études de droit et de médecine; si les études qui font le médecin cessent d'être taxées beaucoup plus cher que celles qui font l'avocat, l'administrateur, le magistrat, il est certain que les Facultés de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, et les écoles préparatoires qui les assistent, emprunteront à la fois en très-grand nombre des disciples nouveaux à l'enseignement qui fait surabondamment des jurisconsultes et à celui qui fait encore des officiers de santé.

Les erreurs à cet égard et les appréhensions ainsi dissipées, restent une question de fait et une question de principe. Le principe qui domine toute la matière, qui a fait les résolutions du gouvernement du roi et qui les maintiendra inébranlables, c'est celui de l'égalité de la vie humaine dans toutes les conditions où il plaît à Dieu de la placer. On a beau lutter par tous les stratagèmes de l'art oratoire contre cette vérité, le système des deux ordres repose sur le sentiment intime que la vie du pauvre et du riche, que la santé de l'habitant des villes et de l'habitant des campagnes, ne sont pas exactement de même nature, sinon de même valeur, ni aux yeux de la science, ni aux yeux de la loi.

Nous tenons également pour fausses à tous les points de vue la pensée et les conséquences ; non pas que nous voulions établir une discussion sur le principe moral et philosophique que personne ne combat, qu'on se borne à affirmer formellement dans l'application. En effet, personne ne dit et sans doute personne ne pense que la vie du pauvre et du riche n'est pas d'un égal prix aux yeux de l'État : mais on se retranche à supposer que les maladies sont différentes chez le premier et chez le second. On veut que la maladie soit aussi restreinte que la fortune, aussi simple que les habitudes, qu'il y ait une physiologie médicale toute différente pour les différentes situations sociales. Nous croyons cette supposition complétement erronée; toutes les affections et toutes les infirmités humaines, nos hôpitaux en témoignent assez, se distribuent également entre tous les rangs de la société. S'il y a une différence, c'est que les maladies du pauvre, moins soignées dans les commencements, se compliquent plus promptement d'accidents graves, de catastrophes soudaines. Il est manifeste que, si une diversité devait être établie entre le médecin des villes et des campagnes, c'est le dernier de qui

on devrait exiger davantage, car il est seul ; il est tenu de tout pratiquer, de tout savoir ; il ne se voue pas à une branche exclusive de son art ; il doit professer toutes les branches, les étudier toutes, et si un scrupule le saisit, s'il a un doute sur le caractère de la maladie, sur le traitement ou les remèdes qu'elle exige, il n'a pas sous la main le secours de confrères éclairés, toujours prêts à venir en aide à son inexpérience et à sa responsabilité.

Aussi faut-il dire que la distinction n'est pas physiologique et médicale comme on le suppose, car elle est trop évidemment fausse ; elle n'a point de fondement sérieux ; elle n'aurait quelque consistance qu'en s'appuyant à cet autre sentiment que nous avons indiqué et qui est bien plus faux encore, car il est illibéral et impie à ce point que tout le monde le décline.

Voilà ce que nous appelons l'erreur de principe, l'erreur essentielle sur laquelle repose la disposition des deux ordres. Nous avons parlé d'une erreur et nous aurions pu dire une impossibilité de fait. La voici. On suppose qu'on peut établir une distinction entre l'instruction qui sera donnée aux deux ordres. L'expérience a démontré qu'on le tente en vain. Si quelqu'un pense qu'on enseigne aux docteurs plus que le nécessaire, que notre corps médical soit trop instruit, qu'on indique les parties superflues de l'enseignement, nous les discuterons. Nous tenons pour certain, avec tous les corps médicaux, que l'instruction actuelle des Facultés n'est pas trop élevée, que nos jeunes médecins n'ont ni trop de science, ni trop de pratique ; que si quelque chose doit fixer notre sollicitude, ce n'est point la trop grande durée, ni la trop grande force des études médicales.

Veut-on moins que le nécessaire, nous demanderons pour qui on entend s'en contenter.

C'est là l'invincible difficulté de la question, que vous ne puissiez rien retrancher à l'enseignement du premier ordre pour constituer le second, sans mettre en péril la vie humaine, sans faire de la société deux parts, celle pour qui vous voulez toutes les garanties, celle pour qui les garanties incomplètes vous suffisent. Et quand vous avez fait cette violence à la première loi écrite depuis dix-huit siècles dans le cœur de l'homme, vous avez à rédiger des programmes, et vous ne le pouvez pas, vous ne parvenez pas à couper en deux la science, à distinguer ce qui est de luxe de ce qui est indispensable. Ou si vous y parvenez avec beaucoup d'efforts, si, en effet, vous faites de la science, essentiellement une de sa nature, deux parts tant bien que mal distinctes, vous aurez en présence de vous trois difficultés nouvelles. La première, c'est d'avoir encore des docteurs quand vous aurez ainsi rendu à sa situation le crédit et la dignité dont elle manque aujourd'hui. Vous reviendrez ainsi à l'unité par une autre voie, vous ne supprimerez pas le second ordre, vous supprimerez le premier.

La seconde difficulté, si vous parveniez à tenir la balance égale entre l'instruction nécessaire et l'instruction superflue, si vous aviez encore des docteurs avec ces officiers de santé instruits et respectés, ou bien si vous aviez encore des officiers de santé en même temps que des docteurs dans un système où les sacrifices des familles seraient presque égaux, ce serait de trouver une classe de la société autre que celle qui fournit aujourd'hui les médecins, pour recruter ce corps de sous-officiers de la science dont vous exigeriez, sans les élever au doctorat, les conditions scientifiques qu'ils ne remplissent pas aujourd'hui.

Et enfin, la difficulté dernière, qui suffirait pour trancher le débat, c'est que la loi n'a pas en elle-même d'expédients et de puissance pour distinguer, séparer, parquer les deux clientèles. La loi qui existe depuis quarante-cinq ans, et contre laquelle, depuis quarante-cinq ans, tous les intérêts protestent, l'a voulu en vain. Elle a distingué les grandes opérations des petites, et cela pour des praticiens destinés à exercer seuls, sans émules, et par conséquent sans collaborateurs et sans guides. La tentative a été vaine et devait l'être. On a introduit une autre distinction : celle du docteur qui peut passer d'un département à un autre, celle de l'officier de santé qui ne le peut pas. Et on ne saurait comprendre comment cette distinction, qui est en effet une infirmité sociale pour le praticien, est une garantie, à un degré quelconque, pour la société ; car dans tous les départements il y a des cités, dans tous surtout il y a des hommes, et il faudrait remonter à d'autres querelles célèbres pour comprendre comment la science, suffisante ici, devient insuffisante de l'autre côté d'une frontière.

A ces différences caduques, on a proposé d'en substituer une autre, celle de la ville et du village ; mais c'est un argument de discussion plus qu'une proposition formelle. Personne n'a demandé, et nous croyons qu'en fin de compte personne ne

demandera d'écrire dans la loi que le législateur veut des garanties de plus quand il s'agit des médecins nombreux des villes; qu'il lui faut des garanties de moins quand il s'agit des médecins isolés des campagnes. Nous croyons avoir démontré que la distinction est physiologiquement fausse, car les villes n'ont-elles pas une population laborieuse et pauvre comme celle des campagnes?

Les campagnes n'ont-elles pas une population vivant dans l'aisance et dans les habitudes qu'elle entraîne, comme celle des villes? Ces deux populations ne sont-elles pas sans cesse confondues par les déplacements périodiques de l'ouvrier, du propriétaire, de l'homme de travail et de loisir ? Et comment expliquer qu'il faille plus de lumières pour s'occuper des intérêts de la santé humaine dans les populations agglomérées de 4,000 âmes ou de plus de 4,000 âmes ? Mais surtout comment ne pas comprendre qu'on ne peut poser la question en ces termes sans rencontrer l'objection décisive, fondamentale que nous avons indiquée d'abord, parce qu'elle domine tout le débat et que le législateur de 1850 ne peut écrire dans ses codes l'inégalité de la vie humaine, et qu'il faut en venir là pour introduire cette distinction, qu'on cherche et qu'on ne peut jamais atteindre, de la ville et du village?

Au terme de la route, quelques efforts que l'on tente, on est donc amené à la solution que la Chambre des pairs a consacrée de ses suffrages. La constitution médicale, fruit des difficultés sans nombre qui pesaient sur le régime consulaire, quand depuis dix ans il n'y avait plus d'études, sera abrogée en principe et disparaîtra peu à peu par l'effet du temps. Placés dans des conditions plus heureuses, au milieu d'une société reposée, instruite, riche, qui d'elle-même nous donne plus de docteurs que d'officiers de santé, malgré toutes les excitations de la loi, nous fonderons la nouvelle constitution médicale sur la base de l'ordre unique, c'est-à-dire sur le principe de l'unité des praticiens et de l'égalité des clients. Nous ne vous entretiendrons pas, messieurs, des questions secondaires de la loi qui vous sont connues par la discussion à laquelle elles ont donné lieu déjà ; elle se simplifie par la simplicité de ce principe fécond. Son premier soin doit être de chercher pour les écoles qui lui donneront les docteurs qu'elle demande, des maîtres éprouvés, habiles et respectés. Tout le monde sait les reproches qui ont été adressés au concours. Nous les avions prévus et prévenus. Deux exposés des motifs, sur deux lois différentes (le droit et la médecine), avaient tout dit à cet égard. La Chambre des pairs, d'accord avec nous sur le mal, est allée dans la recherche du remède plus loin que nous. Nous voulions perfectionner le concours, la Chambre l'a supprimé. En le supprimant elle a consenti à renfermer la présentation dans les catégories où nous la renfermions nous-mêmes, et nous avons trouvé là, il faut le dire, une satisfaction à la principale de nos pensées, qui est de considérer l'agrégation non pas comme l'unique mode de recrutement du professorat, mais comme un mode de recrutement toujours sûr et toujours fréquent; par le droit attribué aux Facultés cette garantie nous est donnée.

Cependant, messieurs, faut-il absolument et définitivement condamner le concours? La présentation dont nous ne calculons pas les difficultés et les périls, parce qu'elle est loin de nous, ne ferait-elle pas quelque jour regretter l'instrument qu'on propose d'abolir ? En acceptant le système de la Chambre des pairs, nous vous proposons de réserver à l'Université, au ministre qui la dirige, assisté du conseil dont il est entouré, le recours à cette manifestation extérieure de la valeur des forces de l'homme, à cette lutte orale et publique qui, ayant l'inconvénient de ne pas convier tous les hommes d'expérience et de mérite, a du moins l'avantage de bien mettre en relief les ressources de tous ceux qui la font.

Ce sont là des points essentiels. Dans toute la rédaction de la loi, nous nous sommes appliqués à tenir compte des objections faites, des vœux exprimés par les corps compétents. Au chapitre des incapacités, au chapitre des pénalités, en ce qui louche l'exercice illégal de la médecine, le droit d'affiche et d'annonce, la protection due aux secours charitables, nous nous sommes attachés à concilier la pensée de la Chambre des pairs, la proposition première du gouvernement du roi, avec les intérêts que tous les pouvoirs entendent satisfaire et régler. Il nous a paru que quelques incapacités pouvaient n'être pas absolues et péremptoires, que quelques-unes mêmes pouvaient être retranchées, que les peines pouvaient être plus exactement graduées, soit suivant la perversité morale de l'acte, soit suivant la gravité possible de ses résultats; qu'enfin, une part d'action éloignée encore et restreinte, mais cependant réelle, pouvait être attribuée aux Conseils médicaux pour les préparer, avec les tempéraments que la prudence exige, à l'existence que la loi leur destine. Nous avons rétabli, sur les affiches et annonces, une dispo-

sition réclamée par le corps médical tout entier, qui nous paraît en soi morale et utile, et qui, nous en sommes convaincus, n'aurait pas échoué à l'autre Chambre, si la première rédaction avait contenu les distinctions que nous vous proposons entre ce qui peut intéresser à un degré quelconque les droits de la liberté de la presse et ce qui touche aux intérêts du corps médical et aux bienséances publiques.

Nous introduisons une distinction de même nature dans la disposition par laquelle la Chambre des pairs s'est attachée, comme il lui appartenait, à sauvegarder avec sollicitude les nobles et touchants privilèges de la charité. Elle n'a pas voulu que la loi pût s'interposer entre le pauvre, le blessé, le malade qui souffrent et la main bienfaisante qui s'étend sur leurs souffrances pour les adoucir. Le corps médical, dans ces termes, aurait eu tort de s'alarmer de la disposition religieuse et humaine que nous vous signalons. Il nous a paru que pour donner satisfaction à tous les scrupules, il suffisait de compléter la pensée de la Chambre des pairs en la précisant.

La noble Chambre sait que les plus touchantes vertus ne suppléent pas à la science quand une fois la science est nécessaire. C'est la limite que nous avons essayé de poser nettement dans la loi. Vous jugerez, messieurs, si nous y sommes parvenus.

En résumé, messieurs, il résultera pour vous, des examens auxquels le gouvernement du roi vous convie, que les questions qui vous sont soumises sont les plus dignes de votre sollicitude; qu'elles sont graves et pressantes, qu'elles touchent aux intérêts les plus intimes et les plus chers de la société; que leur solution doit ajouter, à la considération du corps médical français, l'efficacité de ses services; qu'elles remplaceront ces institutions caduques et insuffisantes par des institutions fortes et libérales; que le gouvernement, en poursuivant ce résultat, aura accompli une tâche qui a été l'ambition de tous les gouvernements antérieurs, et qu'en vous associant à ses efforts vous accomplirez une œuvre digne de vous, car vous mettrez nos institutions médicales en harmonie avec toutes les autres, et vous rendrez un égal service à la science et à la société.

Projet de loi relatif à l'enseignement et à l'exercice de la médecine, et à l'enseignement de la pharmacie.

LOUIS-PHILIPPE, ROI DES FRANÇAIS,

A tous présents et à venir, salut :

Nous avons ordonné et ordonnons que le projet de loi dont la teneur suit soit présenté, en notre nom, à la Chambre des députés, par notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique, grand-maître de l'Université de France, que nous chargeons d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

TITRE Ier. — DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE.

ART. 1er. L'enseignement médical est donné par les Facultés de médecine et par les Écoles préparatoires.

L'enseignement des Facultés comprend toutes les parties des études médicales.

L'enseignement des Écoles préparatoires comprend les deux premières années d'études. Il peut s'étendre aux douze premières inscriptions pour les élèves internes des hôpitaux.

Les Facultés seules confèrent le grade de docteur.

ART. 2. Les Écoles préparatoires établies au siége des Facultés des sciences, celles qui sont placées dans les villes de 75,000 âmes et au-dessus, ou qui seront spécialement désignées par les lois de finances, seront mises successivement à la charge de l'État. Le matériel et les collections resteront à la charge des communes.

ART. 3. Les Facultés se composent de professeurs et d'agrégés.

Les Écoles préparatoires, de professeurs et d'agrégés des Facultés, autorisés par le ministre de l'instruction publique à se fixer près lesdites Écoles, ou des suppléants spéciaux.

Les agrégés sont nommés pour dix ans. Leur nombre ne peut excéder celui des professeurs, à moins d'une décision spéciale du ministre en Conseil royal de l'Université. Au terme de leur engagement, ils portent le nom d'agrégés libres.

Les agrégés libres restent membres de l'Université, et conservent les droits déterminés par l'article 5. Ils cessent de recevoir le traitement de l'agrégation.

à moins qu'ils n'aient été autorisés pendant la durée de leur service, ou depuis, à le continuer près les Ecoles préparatoires. Dans tous les cas, ils cessent de compter dans les Facultés.

Les suppléants, institués près lesdites Ecoles, à défaut d'agrégés, ont le rang des agrégés de l'instruction secondaire, et remplissent les mêmes fonctions que les agrégés près les Facultés.

Art. 4. Les professeurs titulaires des Facultés sont nommés par le ministre de l'instruction publique sur des listes de candidats, présentées par la Faculté où la vacance est ouverte, par l'Académie des sciences de l'Institut, par l'Académie royale de médecine, et contenant chacune les noms de deux candidats. Les mêmes noms peuvent être portés sur les différentes listes.

Les professeurs titulaires des Ecoles préparatoires sont nommés sur des listes doubles de candidats présentées par l'Ecole préparatoire et par la Faculté de médecine de la circonscription.

Les agrégés et suppléants sont nommés au concours et institués par le ministre de l'instruction publique.

Le ministre peut toujours décider, en Conseil royal, que les chaires vacantes, soit dans les Facultés, soit dans les Ecoles préparatoires, seront mises au concours. En ce cas, la liste des candidats est arrêtée par le ministre en Conseil royal.

Art. 5. Nul n'est candidat,

Soit aux fonctions de professeur titulaire près les Facultés de médecine ou près les Ecoles préparatoires,

Soit à celles d'agrégé ou de suppléant,

S'il ne justifie de l'âge de trente ans, dans le premier cas, de vingt-cinq, dans le second, s'il n'a le diplôme de docteur en médecine, ou s'il n'est Français, ou reçu docteur dans les Facultés françaises, et autorisés par le ministre de l'instruction publique. Pour être nommé, il faut être naturalisé Français.

Les candidats aux fonctions de professeurs titulaires près les Facultés doivent en outre être revêtus de l'un des titres ci-après :

Agrégés en médecine ;

Professeurs près une autre Faculté ou près une autre Ecole préparatoire ;

Membres de l'Académie royale des sciences ;

Membres de l'Académie royale de médecine ;

Médecins ou chirurgiens chefs de service dans un hôpital de Paris ;

Médecins ou chirurgiens en chef d'hôpital civil d'une ville de plus de vingt mille âmes ;

Inspecteurs du service de santé de la guerre ;

Professeurs dans les hôpitaux militaires d'instruction ou de perfectionnement, ou officiers de santé en chef d'un hôpital militaire, pourvus du grade de médecin, principal ou ordinaire, de chirurgien ou de pharmacien principal, ou major ;

Inspecteurs généraux du service de santé de la marine ;

Professeurs ou officiers de santé en chef d'une Ecole de la marine ;

Les candidats aux fonctions de professeurs d'histoire naturelle près les Facultés de médecine doivent, de plus, justifier du diplôme de docteur ès sciences naturelles ;

Les professeurs de physique, de chimie et de toxicologie, du diplôme de docteur ès sciences physiques ;

Les professeurs de pharmacie, de ce diplôme et de celui de pharmacien ;

Les canditats aux fonctions de professeurs d'histoire naturelle médicale près les Ecoles préparatoires justifieront du diplôme de licencié ès sciences naturelles ;

Les professeurs de chimie, du diplôme de licencié ès sciences physiques ;

Les professeurs de pharmacie, de ce diplôme et de celui de pharmacien.

Art. 6. Les concours pour les chaires des Facultés ont lieu au siége des Facultés. Le ministre de l'instruction publique peut les fixer à Paris.

Les concours pour les chaires des Ecoles préparatoires ont lieu au siége de ces Ecoles. Le ministre de l'instruction publique peut les fixer près les Facultés.

Les concours pour les suppléants ont lieu au siége des Ecoles préparatoires.

Le jury pour les chaires de Faculté se compose :

1° Des professeurs de la Faculté ;

2° Des membres adjoints, préalablement désignés par le ministre de l'instruction publique, en nombre inférieur à celui des professeurs, et choisis :

Dans l'Institut et l'Académie royale de médecine, quand il s'agit des sciences médicales proprement dites;

Dans ces corps et dans les Facultés des sciences, quand il s'agit des sciences naturelles ou physiques appliquées à la médecine :

Dans les différents corps ci-dessus, et dans les Ecoles supérieures de pharmacie, quand il s'agit des sciences pharmaceutiques.

Le jury pour les chaires d'Ecoles préparatoires se compose de trois professeurs ou agrégés de la Faculté la plus voisine, de trois professeurs de l'Ecole et de trois autres membres désignés par le ministre dans l'ordre de la médecine ou des sciences.

Le jury pour l'agrégation se compose de professeurs choisis dans les Facultés et d'agrégés titulaires ou libres.

Le jury pour les suppléances se compose de professeurs de l'Ecole préparatoire, sous la présidence d'un professeur de la Faculté de la circonscription.

Art. 7. Les permutations de chaires dans une même Faculté, ou dans une même Ecole préparatoire, peuvent être autorisées, après une délibération de la Faculté, ou de l'Ecole, par le ministre en Conseil royal de l'Université.

Les permutations de chaires de Faculté à Faculté, ou d'Ecole à Ecole, peuvent être autorisées en Conseil royal de l'Université, après délibération des deux Ecoles ou des deux Facultés.

Le ministre, en Conseil, peut également appeler à toute chaire vacante, après délibération de la Faculté où la vacance est ouverte, tout professeur d'une autre Faculté, chargé, depuis cinq ans au moins, du même enseignement.

Art. 8. Tout docteur en médecine qui voudra ouvrir un cours particulier sur quelque partie que ce soit des sciences médicales, sera tenu de déposer à la mairie de la commune où le cours devra être ouvert, et au chef-lieu de l'Académie, un programme précisant l'objet du cours, le lieu et l'heure où il sera fait. Un mois après le dépôt, le cours pourra être ouvert, si le recteur n'a pas formé opposition devant le Conseil académique, dans l'intérêt des mœurs publiques. Il peut être appelé de la décision du Conseil académique, par la partie seulement, à la Cour royale qui statue en la première Chambre civile, à huis clos et contradictoirement.

TITRE II. — Des conditions d'études et de grades dans les Facultés ou Ecoles de médecine, et des exceptions.

Art. 9. La durée des études nécessaires pour le doctorat est de quatre années, non compris le temps des épreuves.

Nul n'est admis, s'il n'est bachelier ès lettres, à prendre sa première inscription dans les Facultés ou dans les Ecoles préparatoires. Une première inscription provisoire pourra être accordée aux candidats ajournés dans les épreuves de baccalauréat. Ils ne seront admis, en aucun cas, à prendre la deuxième inscription, s'ils ne sont bacheliers.

Nul n'est admis, s'il n'est bachelier ès sciences, à prendre la cinquième inscription dans une Faculté ou dans une Ecole préparatoire placée près une Faculté des sciences.

Les élèves des autres Ecoles préparatoires sont autorisés à ne justifier du baccalauréat ès sciences qu'avant leur treizième inscription dans la Faculté.

Le Français et l'étranger qui ont étudié à l'étranger peuvent faire compter pour la moitié, dans les Ecoles françaises, leur temps d'étude en restant, quant au surplus, soumis à toutes les conditions imposées aux étudiants français.

Art. 10. Les élèves des hôpitaux militaires d'instruction ou de perfectionnement pour les armées de terre et de mer, sont autorisés à prendre les inscriptions dans les Ecoles préparatoires et dans les Facultés, gratuitement.

Les élèves en chirurgie et les officiers de santé des armées de terre et de mer, pourvus des diplômes de bacheliers ès lettres et de bacheliers ès sciences, sont admis à se présenter devant les Facultés pour y soutenir les épreuves du doctorat, sans inscriptions préalables et sans autres frais que ceux de réception.

Art. 11. Les aspirants au titre d'officiers de santé civils, qui, à l'époque de la promulgation de la présente loi, justifieront, soit d'une année d'études dans les Facultés ou dans les Ecoles préparatoires, soit de deux années dans les hôpitaux, ou sous un docteur, pourront compléter leurs études conformément à l'art. 15 de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI), et recevoir ensuite, de l'Ecole préparatoire ou de la Faculté de la circonscription, une commission d'officier de santé.

Les aspirants au titre d'officier de santé, qui auront étudié dans les Facultés ou dans les Écoles préparatoires, lorsqu'ils seront bacheliers ès lettres et ès sciences, pourront se présenter aux épreuves du doctorat devant les Facultés, après avoir complété les quatre années d'études.

Les officiers de santé, pourvus de ce titre au moment de la promulgation de la présente loi, lorsqu'ils compteront quatre années d'exercice et qu'ils seront bacheliers ès lettres, pourront se présenter devant les Facultés aux épreuves du doctorat sans inscriptions préalables et sans autres frais que ceux de réception.

TITRE III. De l'enseignement de la pharmacie et des conditions d'études.

Art. 12. L'enseignement de la pharmacie est donné par les Ecoles supérieures de pharmacie établies au siége des Facultés et par les Ecoles préparatoires, lesquelles portent le titre d'Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Les Ecoles supérieures de pharmacie confèrent seules le diplôme de pharmacien. Elles sont composées de professeurs et d'agrégés.

L'organisation des agrégés de pharmacie est celle des agrégés des Facultés de médecine; ils prennent rang immédiatement après ces derniers, et remplissent, près les Ecoles supérieures, et, s'il y a lieu, près les Ecoles préparatoires, les mêmes fonctions.

Art. 13. Nul n'est candidat aux fonctions de professeur titulaire d'une Ecole supérieure de pharmacie s'il n'est Français, âgé de trente ans, pourvu du diplôme de pharmacien et docteur ès sciences physiques ou naturelles.

Les professeurs titulaires des Ecoles supérieures de pharmacie sont nommés par le ministre de l'instruction publique, sur des listes de candidats, présentées par l'Ecole supérieure de pharmacie où la chaire est vacante, par l'Académie royale des sciences, par l'Académie royale de médecine, et contenant les noms de deux candidats. Les mêmes noms peuvent être portés sur les différentes listes.

Nul ne peut être présenté s'il n'est agrégé ou compris soit dans les catégories déterminées en l'art. 5, soit dans les catégories spéciales correspondantes.

Les dispositions de l'art. 7 sur l'enseignement libre s'appliquent à l'enseignement de la pharmacie.

Art. 14. Le jury de concours pour l'agrégation se compose de professeurs des Ecoles supérieures et d'agrégés de pharmacie, de professeurs des Facultés de médecine et des Facultés des sciences.

Nul n'est admis à concourir, s'il n'est Français, âgé de vingt-cinq ans et pourvu du diplôme de pharmacien et de celui de licencié ès sciences physiques ou naturelles.

Art. 15. La durée des études pharmaceutiques est de six années, qui se composent ;

Soit de quatre années de stage officinal et de deux années de cours dans une Ecole supérieure ;

Soit de trois années de stage officinal et de trois années de cours, dont les deux dernières au moins doivent être suivies dans une Ecole supérieure.

Nul n'est admis à prendre ses incriptions dans une Ecole supérieure ou une Ecole préparatoire, s'il n'est bachelier ès lettres, sauf l'exception provisoire prévue au paragraphe 2 de l'art. 9.

Le paragraphe dernier de l'art. 9 sur les Français et les étrangers qui ont étudié à l'étranger est applicable aux Ecoles de pharmacie.

Art. 16. Les aspirants au titre de pharmacien, qui devaient se présenter devant les jurys médicaux, s'ils justifient devant les Ecoles supérieures ou préparatoires, dans le délai d'un mois, à dater de la promulgation de la présente loi, d'au moins une année de cours ou de stage officinal, pourront se présenter aux épreuves devant lesdites Ecoles, lorsqu'ils auront complété le temps d'étude actuellement exigé. Des ajournements de trois mois, six mois, ou une année, au plus, pourront être prononcés. Les frais seront ceux de la réception devant les jurys médicaux.

Les pharmaciens reçus antérieurement par les jurys médicaux seront admis à se présenter aux épreuves, devant les Ecoles supérieures, sans autre justification, pour recevoir, s'il y a lieu, le diplôme de pharmacien.

Les dispositions de l'article 10 s'appliquent aux pharmaciens des armées de terre et de mer qui se présenteront devant les Ecoles supérieures pour obtenir le diplôme de pharmacien.

TITRE IV. Des professions spéciales et de leurs conditions d'études.

Art. 17. La loi ne reconnaît de professions spéciales dans l'art de guérir que celle de dentiste et de sage-femme.

Quiconque prendra un autre titre médical est tenu de justifier du diplôme de docteur en médecine.

Art. 18. A l'avenir, quiconque voudra exercer la profession de dentiste, devra être docteur en médecine, ou justifier d'un brevet spécial délivré après deux ans de cours et trois examens, par une Faculté ou par une Ecole préparatoire.

Quiconque exerce actuellement la profession de dentiste, sans être docteur ou officier de santé, devra se pourvoir, dans le délai d'un an, à dater de la promulgation de la présente loi. Les Facultés pourront accorder un ajournement qui n'excédera pas une année.

Art. 19. Les sages-femmes devront être pourvues d'un brevet spécial, délivré après deux ans d'études théoriques et pratiques dans une Ecole d'accouchement, soit par une Faculté de médecine ou par une Ecole préparatoire, soit, dans les autres départements, par un jury spécial.

Art. 20. Les orthopédistes et bandagistes non pourvus du doctorat, ne peuvent délivrer aucun appareil qui n'ait été spécialement et régulièrement ordonné par un médecin.

Ils ne peuvent appliquer aucun appareil que sous les yeux d'un médecin et en vertu de ses ordonnances.

Ils ne peuvent tenir de maisons pour le redressement de la taille, qu'avec l'assistance et sous la responsabilité d'un médecin.

TITRE V. De l'exercice de la médecine.

Art. 21. Nul ne peut exercer la médecine, ni aucune des branches de la médecine, s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur, d'une commission d'officier de santé ou d'un brevet spécial, et s'il n'a fait enregistrer son titre au secrétariat de l'Académie et au greffe du tribunal civil de son domicile. Le brevet spécial de sage-femme est enregistré au secrétariat du comité supérieur d'instruction primaire et au greffe du tribunal.

Art. 22. Le Français reçu docteur à l'étranger ne peut exercer en France qu'après avoir obtenu devant une des Facultés du royaume le diplôme de docteur. Il ne sera admis à subir les épreuves qu'en produisant un certificat de moralité, délivré par les autorités françaises, et dûment légalisé.

L'étranger, reçu docteur devant les Facultés françaises, exerce librement dans le royaume.

Pourra également exercer librement, après dépôt et enregistrement de sa déclaration, le médecin étranger qui, pour de grands services rendus à la science, aura été admis, conformément au sénatus-consulte du 19 février 1808, à jouir des droits de citoyen français.

Dans tous les autres cas, l'étranger reçu docteur à l'étranger, n'exerce qu'en vertu d'une autorisation du roi, qui ne peut être accordée qu'après délibération du Conseil royal de l'Université.

Ampliation de l'ordonnance du roi doit être enregistrée avant tout exercice, à la diligence de l'impétrant, conformément aux dispositions de l'art. 21.

Art. 23. Les officiers de santé, reçus conformément au titre III de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI), ainsi que les médecins et chirurgiens régulièrement autorisés, continueront d'exercer dans les termes de leur commission, dûment enregistrée. Ils pourront, avec l'autorisation du ministre de l'instruction publique, transporter leur domicile dans un autre département.

Art. 24. L'exercice de la profession de médecin et de toutes les branches de la médecine est incompatible avec la profession de pharmacien. Toute association publique ou secrète entre des pharmaciens et ceux qui exercent ces professions est interdite.

Tout praticien domicilié dans une commune où il n'y a point de pharmacie à une distance de six kilomètres, pourra tenir des médicaments pour le service de sa clientèle, sans officine ouverte, sous la condition de les avoir renfermés dans un lieu dont seul il aura la clef, et de les prendre dans une officine régulièrement établie, dont ils porteront l'étiquette, et se soumettre aux lois et règlements sur la pharmacie, la patente exceptée.

Pourra également, tout praticien exerçant dans une commune où il n'y a point de pharmacien à une distance de six kilomètres, porter avec lui le petit nombre

de médicaments de premiers secours qui seront désignés par un règlement délibéré en Conseil royal de l'Université.

Art. 25. Le droit d'affiche et d'annonce appartient pleinement à la librairie médicale et à tous les ouvrages, revues, journaux qui la constituent. Les consultations, remèdes et traitements ne sont pas matière d'affiche et d'annonce.

Il est interdit à quiconque exerce la médecine, la pharmacie ou l'une des branches de la médecine, d'en faire usage.

Art. 26. Tout médecin doit le concours de son art à la justice lorsqu'il est requis par le magistrat compétent, et qu'il n'a pas d'excuses valables.

Ce devoir est commun aux pharmaciens et à quiconque exerce l'une des branches de la médecine.

Art. 27. Sont incapables d'exercer la médecine, ni aucune des branches de la médecine :

1° Ceux qui sont condamnés à des peines afflictives ou infamantes ;

2° Ceux qui sont condamnés à des peines correctionnelles pour crimes de faux, pour délit de vol ou d'escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les art. 316, 317, (§§ 1 et 3), 334, 345, 349, 354, 355 du Code pénal, 41 de la loi du 22 mars 1832 sur le recrutement ;

3° Ceux qui sont condamnés en vertu de l'article 338 du Code pénal, s'ils donnaient leurs soins à la femme dont ils seront reconnus les complices.

Les Cours d'assises pourront déclarer incapables d'exercer la médecine ni aucune des branches de la médecine, ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles pour des faits qualifiés crimes par la loi.

Le même pouvoir est attribué aux tribunaux correctionnels en cas de condamnation pour les délits prévus par les articles 317 (§ 4), 330, 350, 353, 400, 405, 408 du Code pénal, et 45 de la loi du 22 mars 1832 sur le recrutement.

TITRE VI. — Des médecins communaux.

Art. 28. Sur la demande des Conseils municipaux et après délibération du Conseil général, les préfets pourront établir, dans une commune ou dans plusieurs communes réunies, des médecins communaux, qui seront chargés de visiter les indigents reconnus tels par le préfet sur la proposition de l'autorité municipale, de porter secours aux malades atteints par les épidémies, de vacciner gratuitement, de faire toutes les opérations de médecine légale qui leur seraient confiées d'une façon permanente par la justice ou par l'administration, et de transmettre aux autorités compétentes les faits et documents intéressant la science et l'hygiène publique.

Le traitement des médecins communaux sera assigné, partie sur les revenus des bureaux de bienfaisance, et, dans les communes où ces bureaux ne sont pas établis, sur les revenus des communes, dans la proportion déterminée par le conseil général ; partie sur les centimes facultatifs du département.

Art. 29. Les médecins communaux seront nommés pour six ans par les préfets, sur une liste dressée par le conseil médical du département, après examen et classement des candidats.

L'étendue de leur circonscription, le lieu de leur résidence et leur traitement seront fixés par les Conseils généraux sur la proposition des préfets.

TITRE VII. — Des conseils médicaux.

Art. 30. Les jurys médicaux sont supprimés. Des Conseils médicaux, composés, en nombre conforme aux besoins du service, de deux tiers de médecins et d'un tiers de pharmaciens, nommés pour six ans et renouvelés par tiers, seront institués dans chaque département, et, s'il y a lieu, dans les arrondissements, par le ministre de l'instruction publique.

Art. 31. Les Conseils médicaux, dans les départements qui n'ont point d'Écoles supérieures de pharmacie ou d'Écoles préparatoires, remplissent, par ceux de leurs membres que l'administration désigne, à défaut de délégués spéciaux du ministre, les fonctions attribuées aux jurys médicaux pour la visite des officines de pharmacie.

Les Conseils vérifient l'acte de dépôt prescrit par l'article 21. Ils dressent la liste des praticiens ainsi vérifiés et l'adressent, pour la publication, aux autorités compétentes. Ils informent l'autorité administrative et judiciaire des faits d'infraction aux dispositions de la présente loi qui leur sont signalés

Ils surveillent l'exécution des règlements relatifs au stage des élèves dans les

officines, ou, s'il y a lieu, dans les hôpitaux. Les jurys spéciaux pour la réception des sages-femmes sont pris dans leur sein.

Ils exécutent les mesures de police médicale prescrites par l'autorité, ainsi que les opérations de médecine légale qui leur sont confiées par la justice.

Ils réunissent les documents relatifs à l'hygiène et à la statistique médicale du département et exécutent les missions scientifiques ou médicales qui leur sont données par l'administration.

Ils sont autorisés à délibérer, après l'expiration ou la remise des autres peines, pour poursuivre, s'il y a lieu, par la voie régulière, la remise de la peine d'incapacité prononcée dans les cas prévus aux trois derniers paragraphes de l'article 27.

TITRE VIII. — Dispositions pénales.

Art. 32. Seront punis :

1° De six mois à deux ans d'emprisonnement ceux qui feront profession d'exercer la médecine ou l'une de ses branches, soit en prenant indûment le titre de docteur en médecine ou l'un des titres reconnus par la présente loi, soit en prenant tout autre titre médical non reconnu par la loi ;

2° D'un emprisonnement de quinze jours à un an, ceux qui feront acte d'exercice de la médecine sans être pourvus d'un diplôme de docteur ou d'un brevet spécial conformément à la présente loi ;

3° D'un emprisonnement de trois mois à un an, ceux qui, se trouvant dans l'un des cas d'incapacité prévus par l'article 27, exerceront la médecine ou l'une des branches de la médecine ;

4° D'une amende de 500 francs à 3,000 francs, et d'un emprisonnement d'un mois à six mois, ceux qui exercent simultanément la médecine ou une de ses branches et la pharmacie, contrairement aux dispositions de l'article 24 ;

5° D'une amende de 50 fr. à 500 fr., ceux qui exerceront la médecine ou l'une de ses branches sans avoir fait enregistrer leur titre, conformément à l'art. 21, ou qui ouvriront des cours particuliers sur les sciences médicales sans avoir rempli les conditions et formalités prescrites par l'art. 8, ou qui contreviendront, soit à l'art. 25 sur la prohibition des affiches et annonces, soit à l'art. 26 sur les devoirs envers l'autorité publique ;

6° D'une amende de 50 fr. à 200 fr., les bandagistes qui contreviendront au deuxième paragraphe de l'art. 20 ; et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, les orthopédistes qui contreviendront au dernier paragraphe du même article.

Art. 33. Ne sont pas considérés comme constituant le délit d'exercice illégal de la médecine, les conseils et soins donnés aux malades gratuitement et dans un but charitable, s'ils ne sont pas accompagnés de prescriptions, de traitements ou d'opérations qui exigent des connaissances médicales.

Art. 34. En cas de récidive, les peines pourront être portées au double.

Il y a récidive, lorsque dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

En cas de conviction de plusieurs délits prévus par la présente loi, les peines ne pourront être cumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de poursuite, sans que, par suite du cumul, l'emprisonnement puisse jamais dépasser cinq ans.

L'art. 463 du Code pénal pourra être appliqué aux délits prévus par la présente loi, sans que toutefois l'exercice illégal de la médecine puisse être puni de peines inférieures aux peines correctionnelles.

TITRE IX. — Dispositions générales.

Art. 35. Des ordonnances du roi, rendues dans la forme des règlements d'administration publique, statueront sur tout ce qui concerne :

Les rapports des administrations des hôpitaux avec l'enseignement public et les cours particuliers ;

Le prix des inscriptions, examens et diplômes dans les Facultés de médecine, les Ecoles supérieures de pharmacie et les Ecoles préparatoires.

Des règlements délibérés en Conseil royal de l'Université statueront sur tout ce qui concerne :

L'enseignement, les concours, les conditions et la durée des études dans les Facultés, dans les Ecoles préparatoires et dans les Ecoles supérieures de pharmacie, ainsi que la durée des internats obligatoires des étudiants en médecine dans les hôpitaux.

Art. 36. La loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI), ainsi que les dispositions de la loi du 11 avril de la même année (21 germinal an XI), qui seraient contraires à la présente loi, sont et demeurent abrogées.

Le projet de loi du budget des recettes pour 1849 contient une disposition relative aux droits à payer pour obtenir le grade de docteur en médecine. La Chambre des pairs avait demandé, l'année dernière, qu'il y eût parité de droits pour le médecin et les avocats. En conséquence, à partir du 1er janvier de cette année, le montant des droits d'examen d'inscription et de thèse pour le grade de docteur est fixé à 815 francs, prix payé pour pour être licencié en droit.

La Société de médecine de Bordeaux a tenu sa séance publique le 25 décembre dernier, et distribué son prix annuel de 300 fr. Le Mémoire couronné est de M. le docteur Louis Parola, médecin en chef de l'hôpital de Coni, royaume de Piémont; le sujet proposé était : « De la morve chez l'homme et de sa transmission des animaux à l'espèce humaine. » De plus, la Société a accordé à des Mémoires manuscrits, qu'elle a reçus et qu'elle a distingués : une médaille d'encouragement à M. Ch. Dubreuilh, et une mention honorable et le titre de correspondants à MM. les docteurs Morère et Dauvergne. La question mise au concours pour 1848 est la suivante : « Etudier la pellagre, principalement au point de vue de son étiologie. » Le prix de la valeur de 300 francs; celle proposée pour 1849 a pour titre : «Existe-t-il des fièvres intermittentes qu'on doive traiter par d'autres moyens que le quinquina ? »

La Société de médecine de Strasbourg vient de prendre une initiative qui l'honore : sur la proposition de M. Sédillot, elle a décidé qu'une souscription serait ouverte parmi les médecins de l'Alsace, et que le produit en serait offert à M. Jackson, l'inventeur de l'application de l'éther comme agent anesthésique. La Commission, sur la proposition d'un autre membre, a décidé que les personnes étrangères à notre art pourraient s'associer à cette œuvre de reconnaissance envers un homme qui a rendu un plus grand service à l'humanité que l'auteur de la plus belle découverte dans les sciences et dans les arts.

C'est le 31 décembre dernier qu'a eu lieu à Bruxelles, sur la place des Barricades, l'inauguration de la statue de Vésale, érigée par les soins d'un comité spécial. Cette cérémonie, à laquelle assistaient des délégués du gouvernement, du Conseil provincial du Brabant, de la ville de Bruxelles, des diverses Académies, et un grand concours de personnes considérables dans les sciences et les arts, a été présidée par le ministre de l'intérieur, M. Charles Rogier. Plusieurs discours ont été prononcés : par M. Victor Uytterhoeven, au nom du Comité; par M. Vleminckx, au nom de l'Académie de médecine; et à un signal donné la statue de Vésale a été découverte aux applaudissements unanimes de l'assemblée. Le sculpteur, M. Joseph Geefs, qui a rendu avec une noble simplicité les traits du grand anatomiste, a reçu la félicitation de toutes les personnes éminentes et de tous les amateurs des arts qui assistaient à cette cérémonie.

Une circulaire du ministre de l'intérieur de Russie ordonne que les médecins seuls pourront pratiquer l'éthérisation : que les dentistes et les sages-femmes ne pourront recourir à ce moyen qu'en présence d'un médecin et sous sa responsabilité.

La *Gazette universelle de Prusse* dément l'arrivée du choléra à Tilsitt.

D'après les nouvelles de Saint-Pétersbourg, à la fin de décembre, l'épidémie se propageait encore dans les environs, mais lentement.

Il ne paraît y avoir eu jusqu'à ce moment aucun cas de choléra en Gallicie, et l'état sanitaire du royaume de Pologne et des provinces russes adjacentes était, à l'époque des dernières nouvelles, des plus satisfaisants.

Mais en revanche, si le choléra paraît décroître, il n'en est pas de même de la grippe, qui prend une extension de plus en plus considérable. L'Espagne en est envahie dans ce moment. Là, comme dans le midi de la France, elle semble avoir un peu plus de gravité qu'à Paris ; elle se complique parfois de pneumonie, et acquiert dans ce cas un haut degré de gravité.

Un incident assez grave a jeté quelque perturbation dans l'École de médecine de Montpellier. L'honorable doyen, M. Bérard, à la suite d'une manifestation politique, a reçu sa destitution. Du moment où cette mesure a été connue, M. Bérard a reçu les témoignages les plus empressés de ses collègues et des élèves.

M. Bégin a communiqué à l'Académie le discours prononcé par lui aux obsèques de M. Jourdan (Antoine-Jacques-Louis), mort à Saint-Mandé, le 2 janvier 1848, à l'âge de cinquante-neuf ans. Ce travail remarquable, dans lequel se trouve exposé d'une manière complète la vie si laborieuse de M. Jourdan, a excité les applaudissements de l'assemblée.

Voici quelques applications de la dernière ordonnance sur la pharmacie, qui, à bon droit, a soulevé de justes réclamations. Trois pharmaciens de Nantes viennent de comparaître en police correctionnelle; ils étaient accusés de ne pas tenir un registre coté et paraphé par l'autorité, sur lequel, aux termes de l'ordonnance, doivent être inscrites, jour par jour et sans lacune, les prescriptions qu'ils exécutent et qu'ils livrent aux clients lorsque des substances vénéneuses entrent dans ces préparations. Le tribunal de Nantes, admettant des circonstances atténuantes, a condamné les prévenus à 5 francs d'amende à titre d'avertissement. Le tribunal de Lille s'est montré plus sévère, et a condamné à trois jours de prison et à une amende de 125 francs, un pharmacien qui avait également négligé cette transcription, et qui ne tenait pas dans un endroit sûr et fermé à clef les substances vénéneuses de sa pharmacie.

MM. Mélier et Renaut, membres de l'Académie de médecine de Paris, ainsi que M. Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix, viennent d'être nommés correspondants de l'Académie royale de médecine de Belgique.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ASTHME NERVEUX ET DE SON TRAITEMENT.

Par M. SANDRAS, médecin de l'hôpital de Beaujon.

L'asthme était regardé dans l'ancienne médecine, et passe encore aujourd'hui, dans l'opinion des gens du monde, pour une maladie très-commune ; dans la science des organiciens et des anatomo-pathologistes, au contraire, l'existence réelle, essentielle, de cette affection est à peine admise et souvent révoquée en doute. Cette différence tient à ce que les médecins des âges passés s'attachaient, comme aujourd'hui les gens du monde s'arrêtent aux symptômes qui les ont frappés, et ne remontent pas à des lésions hors de leur portée, et à ce que les médecins modernes ont trouvé des causes matérielles à tant de maladies réputées essentielles, et particulièrement à l'asthme, qu'ils en sont venus presque à douter même de la possibilité de cet être, dont ils ne peuvent pas conserver le squelette. Il est certain, en effet, qu'une grande partie des asthmes admis par les anciens et les gens du monde ne sont pas autre chose que des maladies du cœur, des gros vaisseaux, ou des poumons. On les apprécie le plus souvent ainsi chez les vivants ; on les démontre sur les cadavres ; et toutes ces altérations, hypertrophies des ventricules avec ou sans dilatation, endocardites aiguës ou chroniques avec ou sans déformation des valvules, soit artérielles, soit veineuses, soit ventriculo-auriculaires, péricardites générales ou partielles, avec adhérence du cœur, ou avec épanchement séreux ou séro-albumineux, aortites avec ou sans concrétions calcaires, avec ou sans ulcérations, avec dilatation ou rétrécissement, affections des poumons, tubercules, catarrhes chroniques, emphysèmes, adhérences des plèvres, épanchements thoraciques généraux ou partiels, œdèmes de la glotte, des bronches ou des poumons, ont tellement diminué le nombre des véritables asthmes, qu'on n'en rencontre presque plus.

Dans l'immense majorité des cas où les symptômes de l'asthme se montrent, le médecin qui examine bien son malade reconnaît que le mal remonte à une des altérations que je viens d'indiquer. La précision du diagnostic moderne ne laisse le plus souvent aucun doute sur l'origine véritable des symptômes qu'on observe, et, plus tard, l'autopsie cadavérique vient confirmer le diagnostic qui avait été porté, ou même quelquefois vient compléter un diagnostic organique

jusque-là resté douteux. Mais, cette large part faite à l'anatomie pathologique, l'expérience clinique me semble prouver péremptoirement que certains asthmes restent encore en dehors de toutes les altérations dont je viens de rappeler la fréquence. Ce sont ces cas exceptionnels qui constituent l'asthme nerveux.

Je dois même ajouter que, dans la pratique, il me semblerait dérai sonnable de ne pas tenir compte quelquefois de l'affection nerveuse, même là où des désordres matériels existent et ont été formellement reconnus. C'est une vérité pour moi incontestable, et d'une haute importance. Elle me paraît incontestable, parce que des causes agissant exclusivement sur le système nerveux provoquent sous mes yeux des asthmes de cette nature; parce que les symptômes, la marche de l'accès, le développement de la maladie, m'offrent tous les caractères des affections nerveuses; parce qu'enfin cet état matériel ne subit pas, en bien comme en mal, les changements qu'indiquerait l'asthme, s'il était le produit du trouble anatomique. Elle me paraît très-importante, parce que la thérapeutique, établie sur ces données, obtient un succès que l'état matériel, envisagé et traité tout seul, ne comporte pas.

Je crois donc rarement à l'asthme nerveux, mais j'y crois certainement.

Je supprime ici, et réserve pour le traité que j'imprime en ce moment sur les maladies nerveuses, les descriptions de l'asthme, l'étude de ses causes, de sa marche, les règles du pronostic qu'il comporte, et j'arrive immédiatement à ce qui fait la spécialité de ce recueil, la thérapeutique.

Le traitement de l'asthme doit être examiné de plusieurs points de vue : 1° traitement palliatif de l'accès ; 2° traitement d'une série d'accès ; 3° traitement de la maladie. Nous allons l'exposer à ce triple point de vue.

La première chose à faire pour soulager un malade dans un accès d'atshme est de lui donner la position la plus commode pour respirer, de lui élever la tête, de le soutenir sans qu'il fasse d'efforts, d'appuyer ses bras et ses coudes, de manière à aider la dilatation de la poitrine, d'éloigner tout corps capable d'empêcher le renouvellement de l'air qu'il respire. En même temps, on prend tous les moyens possibles pour renouveler l'air, sans exposer le malade à un froid capable de l'enrhumer; on ouvre les portes, les fenêtres, quand la saison le permet; on évente activement autour de lui, on rafraîchit l'atmosphère et on l'agite.

Mais, le plus souvent, ces précautions sont insuffisantes, et on y ajoute tous les remèdes capables de calmer le système nerveux, et ceux qui

peuvent soulager les poumons en appelant le sang dans d'autres organes.

Parmi les premiers se trouvent les potions éthérées, opiacées, belladonées. Ces dernières ont sur les autres un avantage particulier, celui de rendre la respiration moins fréquente; les préparations de digitale pourprée partagent le même avantage. C'est entre ces deux derniers moyens que je partage ma préférence; j'emploie plus volontiers, et plus souvent la belladone chez les gens nerveux; la digitale, au contraire, chez les sujets où domine le système circulatoire central.

Wilson prétend avoir obtenu des succès par l'application du galvanisme dans les dyspnées compliquées d'asthmes; Haller conseille la saignée de la veine jugulaire pendant l'accès; M. Castel, les pédiluves chauds et l'eau froide en boisson; Elliotson, la lobélie; M. Ferrus, la fumée du datura stramonium. Je n'ai pas essayé le moyen préconisé par Wilson, et j'ai peur qu'il ne soit plutôt théorique que pratique. La saignée de la jugulaire, d'après les idées modernes, doit avoir, suivant moi, les avantages ou les inconvénients de toutes les autres saignées. Les moyens conseillés par M. Castel rentrent dans la classe des palliatifs les plus innocents; la lobélie d'Elliotson, détrônée ailleurs, risque fort de perdre ici sa dernière influence. La fumée du datura stramonium, dont je parlerai plus loin, est certainement un remède utile dans l'asthme, et aucun fait ne m'a paru jusqu'à présent justifier les craintes que Ducamp a jadis éveillées sur son compte.

Le second ordre des moyens à employer immédiatement dans l'accès se compose de manuluves aussi chauds que possible, et supportés pendant quelques minutes; de bains d'avant-bras de même température; de sinapismes ou de cataplasmes sinapisés sur les avant-bras, les bras, entre les épaules, rarement à l'épigastre; d'applications ou de fomentations irritantes, au moyen d'un liniment volatil plus ou moins chargé d'ammoniaque. On peut avoir recours aux moyens préconisés par M. Castel. Dans d'autres occasions, on provoque avec avantage une autre sorte de révulsion, en appelant non des vomissements, mais des vomituritions par quelques petites cuillerées de sirop d'ipécacuanha, et surtout par quelques gorgées d'une potion simple, additionnée de 0,05 on 0,10 de tartre stibié. Ces moyens, employés avec intelligence, procurent ordinairement du soulagement.

Un remède assez étrange a été dernièrement proposé et employé avec une grande faveur par M. le docteur Ducros, c'est la cautérisation du pharynx au moyen de l'ammoniaque assez concentrée. Un pinceau, chargé de ce liquide, est porté par lui au fond de la bouche, sur la paroi postérieure du pharynx. Le malade est immédiatement sou-

lagé, dit-il, par l'action de l'ammoniaque sur les courants nerveux qui passent là. La théorie de ce moyen ne mérite pas d'être discutée : d'abord, parce que rien absolument n'en établit la valeur rationnelle ; ensuite, parce que j'ai vu le soulagement arriver de même chez un de mes malades à qui un de mes élèves avait, par erreur, fait une application de créosote, au lieu de celle d'ammoniaque qui avait été prescrite ; en troisième lieu, parce que le soulagement s'obtient tout aussi bien sans porter le pinceau aussi loin et en touchant seulement le fond et la voûte du palais, ou les amygdales. De cette dernière façon, on risque moins d'irriter directement la glotte et de porter trop loin l'angoisse momentanée qui suit en général ces applications. Voici comment les choses arrivent ordinairement : la bouche ouverte, la langue abaissée, le médecin touche, avec un pinceau de charpie trempé dans la solution ammoniacale, les parties indiquées plus haut; puis il retire son pinceau. Immédiatement le malade est pris d'un accès de suffocation assez marquée, et, après quelques instants d'angoisse plus ou moins pénible, suivant les dispositions nerveuses du sujet, suivant l'intensité de la cautérisation, et surtout selon que le malade aura inspiré ou expiré la vapeur d'ammoniaque pendant que le pinceau était aux environs de la glotte, il tousse à plusieurs reprises, et rejette en grande abondance des mucosités buccales; puis, à la suite, des mucosités épaisses, spumeuses, provenant des bronches. Cette expectoration continue à se faire pendant à peu près un quart d'heure, et elle se soutient et se répète encore à plusieurs reprises, même plusieurs heures après l'opération. Les parties touchées se montrent, quand on les examine, enflammées et couvertes d'une sorte d'escarre mince, superficielle, pultacée, d'un blanc grisâtre. Au bout de vingt-quatre heures, quand cette légère escarre sera détachée, on verra à nu, vers les points qu'elle recouvrait, des ulcérations superficielles qui seront promptes à se revêtir de bourgeons charnus de bonne nature, et à se cicatriser. A la suite des évacuations multipliées des bronches, les malades se trouvent soulagés. C'est du moins ainsi que j'ai vu les choses chez les individus affectés de catarrhe chronique, chez ceux que tourmente l'emphysème pulmonaire, et, ce qui nous intéresse le plus ici, chez de véritables asthmatiques. Les cas où j'ai obtenu le plus de soulagement ont été incontestablement ceux où la plus abondante expectoration bronchique a suivi la cautérisation. Je n'ai rien gagné par ce moyen, quand la cautérisation a provoqué seulement l'expulsion de la salive de la bouche, sans évacuation du larynx ou des bronches. C'est un résultat qui arrive assez souvent pour mériter d'être noté.

Je dois faire remarquer que l'application de ces cautérisations par l'ammoniaque est assez pénible pour que je ne la conseille que dans les cas où le médecin se sent justifié, pour ainsi dire, par la nécessité.

Cette nécessité m'est démontrée quand les accès d'asthme se prolongent ou se répètent de manière à compromettre la vie du malade, ou à la transformer en un véritable supplice. Les cautérisations ammoniacales modérées, bornées aux amygdales et au voile du palais, m'ont paru alors assez souvent avantageuses, pour que je ne craigne pas d'en recommander l'usage. Un accès d'asthme qui a été ainsi interrompu, est ordinairement suivi de plusieurs jours sans retour d'étouffement; on s'est donné le temps de travailler efficacement à la cure de la maladie dans son ensemble. Si d'ailleurs ce moyen répugne trop au malade, ou si le médecin lui-même redoute la suffocation momentanée qui suivra l'application de l'ammoniaque, soit à cause de la sensibilité qu'il connaît à son malade, soit à cause de sa faiblesse, soit parce qu'une première expérience lui a prouvé qu'il a affaire à un de ces cas exceptionnels où la cautérisation ammoniacale n'amène pas de véritable expectoration, on pourra légitimement prétendre à peu près au même soulagement, avec un peu plus de temps, par des moyens plus doux, mais doués aussi d'une certaine efficacité. Tels sont les suivants : un julep ordinaire, additionné de 4 à 8 gouttes d'ammoniaque, de 1 à 3 décigrammes de carbonate d'ammoniaque, de quelques décigrammes de foie de soufre, de 5 ou de 10 centigrammes de tartre stibié; des prises de 1 ou de 2 décigrammes de poudre de digitale pourprée, de 1 ou 2 milligrammes de digitaline; l'usage de deux ou trois pilules contenant chacune 1 décigramme d'extrait de datura stramonium; la combinaison de l'action médicatrice du datura avec celle de la belladone, en ajoutant aux pilules indiquées ci-dessus 2 ou 3 centigrammes d'extrait de cette dernière plante; l'emploi de l'extrait d'aconit à la dose du stramonium; mais je l'ai rarement trouvé efficace; enfin l'emploi de quelques pipes de feuilles de stramonium fumées, comme l'a conseillé surtout M. Ferrus, au moment où l'étouffement commence. Ce moyen est utile de deux manières : d'abord et incontestablement par son action calmante sur les organes respiratoires; ensuite parce qu'il produit fort souvent une inflammation superficielle de toute la peau de la bouche, un peu analogue à celle de l'ammoniaque directement appliquée. A l'aide de tous ces moyens, invoqués suivant les indications et les antécédents, on pourra fort souvent enrayer la série d'accès d'asthme dont un malade est menacé, et le soulager notablement pour la durée de l'invasion qu'il ressent; et d'autant plus que l'usage de ces remèdes n'empêche pas de recourir,

dans chaque accès, aux moyens que j'ai indiqués plus haut pour un soulagement immédiat. MM. Lebreton, Laënnec, Marjolin, se sont bien trouvés aussi, dit-on, de l'application de deux plaques aimantées sur la poitrine. C'est une manière de mettre en pratique le remède conseillé par Wilson. Il y aurait peut-être avantage, dans quelques cas, à insister sur l'électrisation, avec ou sans acupuncture; mais tous ces moyens sont si peu sûrs dans leur action, si infidèles quand il s'agit d'affections nerveuses, quelquefois si héroïques, et, dans d'autres occasions, si contraires, que je n'ose pas les conseiller. Jusqu'à nouvel ordre, je crois plus sage d'attendre que les indications en aient été bien étudiées. J'avoue que mon expérience pratique n'est pas suffisante en ce qui les regarde, et je ne me fie pas à ce qui en a été dit.

Mais ce n'est pas à ce seul palliatif que le médecin doit borner son rôle; dans des circonstances bien déterminées, il peut légitimement porter ses prétentions plus loin et aspirer à la guérison définitive.

C'est en vue de ce résultat que nous avons insisté plus haut sur certaines causes de l'asthme et sur les affections générales dont il est souvent une des expressions les plus pénibles. Jetons un coup d'œil rapide, à ce point de vue, sur la thérapeutique de la maladie dans son ensemble.

Sur l'hérédité, les âges, le sexe, je n'ai rien à conseiller de particulier; il n'y a qu'à insister sur les précautions générales, d'autant plus que la prédisposition sera plus marquée. Quand l'asthme résultera d'un état nerveux, de l'hystérie, de l'hypocondrie, le traitement le meilleur sera certainement celui qui combattra le mieux les maladies originaires. Nous avons exposé ailleurs ces traitements, nous n'avons donc pas besoin d'y revenir; qu'il me suffise de renvoyer aux articles qui regardent ces maladies. Je ferai remarquer pourtant que le traitement général devra rester subordonné en quelque sorte à celui des accès d'asthme ou des séries d'accès qu'on observera. Je veux dire par là, seulement, que pendant l'invasion de l'asthme, c'est à la cure palliative, à la cure de soulagement qu'il faudra s'attacher à peu près exclusivement. Les accès passés, on retournera avec avantage à la thérapeutique générale. Toutes les fois d'ailleurs que les moyens de la grande et de la petite médecine pourront être employés simultanément, il sera sage de les employer en concurrence. S'ils se ressemblent, les actions seront les mêmes; il en faut profiter et choisir ceux-là de préférence. Quand ils seront opposés, on tâchera, suivant le moment de la maladie, de faire dominer dans le traitement ceux qui sont plus utiles contre le mal général ou contre le symptôme; on s'arrangera surtout de manière à ce qu'ils ne se puissent jamais nuire.

Cette règle, pour le choix à faire dans les moyens thérapeutiques,

est assez souvent facile à suivre dans les asthmes qui ont pour cause générale l'état nerveux, l'hystérie ou l'hypocondrie; elle n'est pas moins impérieuse, moins obligatoire dans les autres natures d'asthmes, mais elle n'y est pas toujours aussi aisée à pratiquer.

Dans l'asthme goutteux, l'accès doit souvent être traité comme dans l'asthme simple ; c'est le cas le plus ordinaire. Dans d'autres occasions, on a besoin de rappeler sur un point, ordinairement occupé par la goutte, le mal qui s'en est en quelque sorte déplacé. C'est le cas d'appeler à son aide, comme nous l'avons dit plus haut, les topiques irritants, mis et laissés sur le siége ordinaire du gonflement et de l'irritation goutteuse jusqu'à ce que la maladie ait repris sa marche normale, les bains locaux très-chauds, les applications chaudes, salées ou enflammantes, les emplâtres irritants, vésicants, caustiques même au besoin. La première méthode thérapeutique conviendra dans les asthmes peu intenses, dans les gouttes irrégulières, très-chroniques, chez les sujets mous et nerveux; la seconde sera plus souvent nécessaire chez les sujets sanguins, dans des gouttes habituellement régulières, et surtout quand l'accès d'asthme sera d'une violence compromettante. Mais, dans tous les cas, quels que soient la goutte et l'asthme, le traitement de la goutte, avant, après, et souvent même pendant l'asthme, devra toujours être fait avec beaucoup de soin et de prudence. Quand on a affaire à des sujets détériorés par de longues invasions des deux maladies compliquées, on a besoin de se gouverner avec la plus grande réserve, pour ne pas compromettre, en vue d'une guérison qui a peu de probabilité, la vie de son malade. Autant il aura été sage, dans les premières atteintes, de combiner tous les efforts pour triompher radicalement du mal, s'il était possible, autant il sera bon de le limiter, dans les derniers temps, au soulagement palliatif possible.

Je n'ai rien d'ailleurs de nouveau à dire sur la cure de la goutte quand elle se combine avec l'asthme. Les conseils qui m'ont paru les meilleurs, quand j'ai parlé de la goutte à propos de la névralgie, me semblent encore, à très-peu de chose près, les plus utiles contre la goutte, cause de l'asthme. Les boissons alcalines, le régime doux, l'usage tempéré de la teinture de semences de colchique d'automne en feront la base; je mettrais un peu plus de réserve dans l'administration des bains alcalins, sans les proscrire tout à fait, et j'y ajouterais l'emploi intérieurement, suivant les occasions, de tous les remèdes spéciaux de l'affection asthmatique. Loin de se contredire, je suis sûr, par expérience, que ces moyens combinés produiront un résultat aussi avantageux que possible.

L'asthme nerveux de cause rhumatismale sera traité pendant l'accès comme s'il était simple; comme maladie, il suivra dans l'ensemble les

indications qui concernent les affections rhumatismales chroniques. Un usage fréquent des aromatiques légers, dits sudorifiques, des bains savonneux et souvent sulfureux, des bains de vapeur généraux ou locaux, l'usage dans la saison des eaux sulfureuses, de celles du Mont-Dor, de Néris, ou d'Aix, en boissons, en bains, en douches; les frictions sèches, ou calmantes, ou aromatiques, ou volatiles, ou camphrées suivant les indications; les précautions les plus minutieuses contre les changements de température, des vêtements de laine sur la peau, tels sont les moyens dont l'ensemble mérite d'être recommandé contre ces affections rhumatismales, et qui, bien choisis et bien administrés, peuvent mener même à guérison l'asthme dont nous parlons.

Née de la syphilis, cette affection exige l'emploi le plus opiniâtre et le plus rationnel des agents thérapeutiques capables de combattre les accidents tertiaires de cette maladie. Heureusement la science moderne est, comme nous l'avons dit plus haut, riche en bons remèdes contre cette maladie. La connaissance acquise de la nature du mal, on appliquera le remède d'après les principes que nous avons développés plus haut. On y mettra à la fois encore plus de lenteur et plus d'insistance, jusqu'à ce qu'un changement notable dans ces symptômes vous ait prouvé que vous avez réussi. L'essence syphilitique de l'asthme est une raison pour espérer qu'au bout d'un temps suffisant on obtiendra du moins une guérison relative. Provisoirement, on s'attachera d'ailleurs à modérer les symptômes; rien n'empêche que, dans les accès, on prescrive, contre les étouffements, les remèdes ordinaires, à condition qu'on ne perdra pas de vue le mal originaire qu'il faut guérir.

Si les moyens dont je viens de parler, soit pour soulager dans les accès, soit pour abréger la durée de chaque attaque d'asthme, soit enfin pour remédier à l'essence de la maladie, n'obtenaient pas le résultat qu'on en peut légitimement attendre, il resterait encore une ressource: on pourrait conseiller au malade de changer de climat. Le docteur Bree, dans ses Recherches pratiques sur les désordres de la respiration, et Ducamp, qui en a fait la traduction, insistent avec raison sur ce moyen ultime de salut. Ils rapportent des exemples remarquables d'asthmes produits par le séjour dans certains endroits, dans certaines demeures, dans certaines villes, et guéris par un changement de lieu. J'ai été moi-même frappé par un exemple analogue : un asthmatique, de ma connaissance, étouffait incessamment à Paris; il est allé habiter la Flandre, sa patrie. Toutes les personnes qui le connaissaient ont été étonnées, au bout de trois ans, du changement qui s'était fait en lui : l'asthme avait complétement disparu, sans que le malade eût rien fait autre chose que de changer de place. J'avoue néanmoins qu'on serait trop heureux si

l'on voyait toujours de pareilles affections si bien guéries à ce prix.

Contre les asthmes nerveux qui se montrent en même temps que des altérations organiques quelconques, je n'ai guère de conseils particuliers à donner. Là, comme pour toutes les espèces que nous venons de parcourir, il faudra s'attacher surtout à soulager dans l'accès par les moyens indiqués ; mais on ne pourra penser à la guérison définitive de l'asthme que quand on aura lieu d'espérer la guérison du vice organique dont il dérive. C'est dire que la thérapeutique sera le plus souvent palliative, et rien de plus.

S. Sandras.

BONS EFFETS DU MUSC ET DES VÉSICATOIRES RÉPÉTÉS DANS LA PÉRIODE ATAXIQUE DE L'HYDROCÉPHALE AIGUE (1).

Par M. Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon.

Je me sers à dessein de cette dénomination, ne voulant rien préjuger sur la nature des diverses affections qu'elle désigne. S'il est permis, en effet, de distinguer anatomiquement les méningites simples des granuleuses, de l'hydrocéphale et de l'encéphalite, on ne peut, il s'en faut de beaucoup, faire la même distinction en pathologie appliquée. Dans l'intérieur de l'enveloppe osseuse du cerveau, en effet, il se passe des actes morbides qui, s'ils ont beaucoup d'analogie dans l'expression symptomatique, diffèrent essentiellement sous le rapport des lésions qui en sont la conséquence. Or, comme nous manquons, pour arriver à leur connaissance, des lumières fournies par les moyens d'investigation physiques applicables aux maladies des organes abdominaux et thoraciques, nous n'avons jamais, pour les maladies cérébrales, une certitude diagnostique égale à celle des précédentes. C'est pourquoi j'ai conservé le nom d'hydrocéphale à cet ensemble de maladies qui a pour symptômes principaux, à une période un peu avancée, le coma, la dilatation des pupilles, des mouvements convulsifs et des paralysies plus ou moins étendues.

Ces considérations préliminaires étaient nécessaires pour préciser les indications thérapeutiques du musc.

Je passe maintenant à l'exposition des faits.

Obs. Ire. *Hydrocéphalie subaiguë. — Amélioration notable sous l'influence du musc. Autopsie.* Georges Jobert, âgé de neuf ans et demi, grand pour son âge, mince, brun, ayant une tête très-volumineuse, ordinairement bien portant, ayant eu seulement, à huit ans, une fièvre typhoïde bénigne, éprouva, dans le courant du mois de mai 1847, peut-être après la fatigue du jeu pendant

(1) Extrait d'un travail sur l'hérédité et différents points des maladies du cerveau.

une température élevée, un mal de tête qui dura une journée environ, et dont il ne se plaignit plus les jours suivants.

Mais, huit jours plus tard, le 20 mai 1847, la même douleur se reproduisit, avec perte d'appétit ; dans la nuit, il vomit son dîner.

Le 21, à six heures du soir, persistance de la céphalalgie; elle est modérée, *frontale;* langue chargée, bouche mauvaise, inappétence, pas de fièvre, aucun autre accident. — Demi-bouteille d'eau de Sedlitz par demi-once (verre), édulcorée avec le sirop de groseille; elle est vomie en partie.

Le 22, léger amendement ; repos, diète, boissons délayantes.

Le 23, même état de la langue, même céphalalgie, apyrexie complète. (Demi-bouteille d'eau de Sedlitz.) Bons effets purgatifs : sauf un peu de faiblesse, la journée se passe bien, le petit malade même s'amuse à jouer.

Le soir, à onze heures, il s'éveille en criant, éprouve de la difficulté à parler. Je le vois avec le docteur Poultier, appelé en même temps que moi. Face rouge, pupilles dilatées, connaissance incomplète, parole embarrassée, pas de fièvre cependant. (Saignée de 150 grammes environ ; le sang n'est pas couenneux.)

Le 24, même état; côté gauche, le bras surtout, légèrement paralysé. (Huit sangsues derrière les oreilles: elles coulent abondamment; compresses fraîches sur la tête ; vésicatoire au cou; calomel, 1 décigr. toutes les deux heures.)

Pour abréger, voici la marche qu'a suivie ultérieurement la maladie et la succession de phénomènes qu'elle a présentée.

Pupilles dilatées; strabisme vers la gauche; *paralysie de la paupière supérieure gauche, qui a persisté jusqu'à la fin de la maladie, l'œil restant entr'ouvert.* Coma, excitation difficile ; à peine peut-on tirer quelques mots de l'enfant. Cependant, sous l'influence de la médication, la connaissance revient, parole plus libre; persistance du strabisme, de l'état des yeux. Progressivement, paralysie du côté droit, agitation, carphologie de la main gauche, quelques mouvements convulsifs, puis, serrement des mâchoires, déglutition difficile ; paralysie droite plus prononcée, bras gauche un peu agité sans crises convulsives; *bouche tirée à gauche*; enfin affaiblissement, râle trachéal, mort le neuvième jour.

Le traitement employé après les premiers jours a consisté en vésicatoires répétés au cou, sur la tête, aux cuisses, aux jambes, au nombre de douze à quinze ; en lavements purgatifs ; calomel à l'intérieur, et *surtout dans l'administration de petits lavements préparés avec l'infusion de valériane musquée et légèrement laudanisée, loochs musqués* (50 centigr. de muse étaient administrés en vingt-quatre heures).

Tous ces moyens ont été suivis d'une amélioration passagère, à tel point que M. Guersant, après avoir jugé le cas très-grave le quatrième ou le cinquième jour, fut étonné, le lendemain, des modifications favorables survenues dans l'état de l'enfant, et put, avec nous, concevoir des espérances qui malheureusement ne se réalisèrent pas.

Du reste, cette amélioration a coïncidé avec l'administration du musc et l'emploi énergique des vésicatoires.

Comme effet de la médication musquée, nous avons observé un état comme velouté de la peau sur lequel je reviendrai dans un instant.

Je dois dire que, chargé de la direction du traitement, j'ai été constamment assisté par MM. Hortcloup et Létalenet, amis du père de l'enfant, mort lui-même d'un ramollissement du cerveau, ainsi que plusieurs membres de cette famille ; par le docteur Poultier, et par M. Guersant père, qui a bien voulu nous aider de son expérience pendant plusieurs jours.

Autopsie. Le crâne seul a été ouvert. La calotte osseuse a été enlevée avec la scie. — Dure-mère fortement tendue sur les circonvolutions cérébrales; celles-ci légèrement aplaties et comme tassées. Sous la main, le cerveau paraît mou, et offre à la pression la sensation de fluctuation. Il est fendu d'avant en arrière, sur place, jusqu'à la partie antérieure des ventricules. Ces cavités sont dilatées, leurs parois écartées. Elles contiennent environ 125 grammes de sérosité limpide, sans dépôt purulent en arrière. Elles conservent leur écartement après l'écoulement de ce liquide, qui est recueilli dans un vase pour en apprécier la quantité.

Les méninges sont fortement appliquées sur la substance cérébrale, dont on les détache difficilement sans enlever néanmoins de cette substance. Elles sont vivement injectées, surtout dans les anfractuosités; elles sont très-fines, et n'offrent, en aucun point, de traces de sérosité trouble ou de sécrétion purulente.

La substance cérébrale est généralement molle, humide et comme infiltrée. Mais, en aucun point, il n'existe de ramollissement spécial. Les parties centrales voisines de l'épanchement ne sont pas altérées notablement.

Pas de traces de granulations.

A mon avis, nous avons eu affaire à une congestion simple, avec exhalation séreuse, qui ne s'est pas élevée jusqu'au mode inflammatoire; car je ne puis considérer comme *inflammatoire* une affection qui, après huit jours, ne laisse pas de produit puriforme, mais une simple augmentation de la sérosité normale.

Le traitement actif, employé dès le début et dans le cours de la maladie, s'est-il opposé à la suppuration? Cela est possible ; mais l'absence presque constante de fièvre m'avait toujours éloigné de l'idée d'une inflammation, et la supposition d'un épanchement séreux simple m'avait laissé l'espérance que nous pourrions arriver à la résolution. C'est dans ce sens que la thérapeutique a surtout été dirigée, et il faut convenir que si ses résultats n'ont pas été heureux, il était difficile, en fait de diagnostic, d'approcher davantage de la vérité.

Ce diagnostic, basé sur l'absence de fièvre, était encore justifié par la mobilité, l'entre-croisement de la paralysie, qui du bras gauche a passé au côté droit, et qui frappait simultanément la paupière supé-

rieure gauche, quand la joue était tirée de ce côté. Une lésion *mobile*, un épanchement central, pouvaient seuls donner lieu à une paralysie aussi complexe, aussi variable pour son siége. Il faut ajouter que la dilatation des pupilles parlait en faveur de cet épanchement.

En même temps que nous donnions des soins au jeune Jobert, j'ai été appelé pour soigner un enfant de quatre ans et demi, au tempérament lymphatique, au crâne volumineux, avec front saillant, et qui m'a paru menacé d'une *fièvre cérébrale*.

Ici, le début a été fébrile, la face était rouge, les pupilles dilatées, céphalalgie, assoupissement. (Saignée, sangsues derrière les oreilles; un peu d'amendement dans l'état fébrile.)

Mais la tête reste chaude, les pupilles dilatées; l'enfant est occupé à éplucher ses lèvres ou ses doigts, ou à les mordiller avec les dents. Pas de symptômes abdominaux. Calomel, vésicatoires au cou et aux cuisses, compresses fraîches sur la tête. Nuits agitées, délire. Le jour, la connaissance se maintient.

Cet état persistant, j'eus recours au lavement de valériane musquée et laudanisée. Le médicament a été pris pour les deux malades dans la même pharmacie, il a paru de bonne qualité.

Le lavement était composé d'une infusion de 8 grammes de racine de valériane concassée dans 150 grammes d'eau; et additionnée de 30 centigrammes de musc et 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Il était administré en quatre ou cinq fois, à quelques heures d'intervalle.

Après les premières doses, il y a eu une réaction assez vive, suivie de sueurs abondantes.

M. Guersant père, qui a vu l'enfant avec moi après deux jours de cette médication, a considéré cet état comme purement ataxique. Il a été d'avis de continuer la médication; de nouveaux vésicatoires ont été appliqués aux jambes, les lavements continués, quelques bains administrés, l'amélioration s'est graduellement établie, et au bout de huit à dix jours la guérison était assurée.

Chez cet enfant, il y a eu une fièvre aiguë avec congestion cérébrale, les cavités abdominale et thoracique sont restées étrangères à la maladie.

Les symptômes principaux ont été la céphalalgie, la rougeur de la face, rougeur exacerbante par moments; la dilatation énorme des pupilles, la carphologie, l'agitation la nuit.

Il est difficile de décider, le malade étant guéri, si nous avons eu affaire à une ataxie simple ou bien à une hydrocéphale. Tout en respectant l'opinion de mon ancien maître, M. Guersant, je suis disposé à admettre que chez cet enfant, comme chez le jeune Jobert, il a existé

un épanchement ventriculaire. Nous n'avons pas eu ici, néanmoins, les phénomènes paralytiques observés dans le premier cas.

Je pourrais joindre plusieurs autres cas au précédent pour établir les bons effets de la médication musquée. Je me bornerai à en rappeler un brièvement.

Une jeune fille de quatre à cinq ans est prise de tous les accidents qui caractérisent une méningite aiguë. Malgré un traitement antiphlogistique et révulsif énergique, la maladie parcourut toutes ses périodes; l'enfant, après dix à douze jours de maladie, avait un bras paralysé, les pupilles dilatées, un œil entr'ouvert, des accès convulsifs, etc. Elle me parut, ainsi qu'à M. Blache, qui la voyait en même temps que moi, dans un état tellement grave et au-dessus de toutes ressources, que nous jugeâmes inutile de la revoir ensemble, les consultations étant laissées à ma disposition.

Dans cet état, et alors que tout semblait inutile, l'idée me vint de tenter le musc en lavement et à l'intérieur; j'appliquai en même temps un vésicatoire sur la tête.

Dès le même jour et avant que le vésicatoire eût agi, une amélioration notable se prononça; cette médication fut continuée pendant plusieurs jours et la petite malade fut, pour ainsi dire, ressuscitée.

Dans ces cas et dans quelquelques autres que je passe sous silence, la médication musquée a produit les effets suivants :

1° Affaiblissement du pouls ;

2° Abaissement de la température de la peau qui n'a pas été constaté par le thermomètre, mais très-appréciable au toucher;

3° Au toucher, un état comme velouté de cette enveloppe; il semble que l'on palpe du velours très-fin, très-souple. Il m'a paru aussi qu'il se produisait une sorte de relâchement de cette membrane, analogue à celui que l'on observe dans le choléra, au froid glacial près cependant;

4° Un état sudoral a suivi son administration dans un cas.

Si j'avais à classer ce médicament au point de vue de l'École italienne, je dirais que c'est un hyposthénisant cardiaco-vasculaire, dont l'action s'exerce principalement sur les capillaires; que peut-être il est à la fois hyposthénisant du système nerveux.

Si mon observation est juste; si le musc a bien sur les capillaires l'action que je lui suppose; s'il détermine intérieurement les mêmes effets que ceux qui s'observent à la peau, on peut concevoir, jusqu'à certain point, comment il favorise la résolution des engorgements inflammatoires et des épanchements séreux.

Je ne veux pas, toutefois, donner à ce médicament plus d'importance qu'il n'en a eu dans les traitements où il est intervenu; nier aux autres

moyens leur part d'action. Mais ce qui m'a paru hors de doute, c'est une amélioration rapide, dans plusieurs cas, sous l'influence de ce médicament; et, comme effet physiologique, c'est cet état de la peau, que j'appelle *musqué*, et qui frappe les personnes étrangères à la médecine, quand leur attention est appelée sur ce point. Ainsi, sans présenter le musc comme un médicament infaillible contre des maladies aussi formidables que le sont les méningites chez les enfants, je crois ce médicament applicable aux cas où, après l'inutile emploi d'une médication rationnelle, l'art semble réduit à l'impuissance devant des phénomènes convulsifs et paralytiques.

Depuis que l'attention a été portée sur les granulations et tubercules méningiens, il semble que toute *fièvre cérébrale* de l'enfance doive rentrer dans cette fatale catégorie ; la conséquence thérapeutique d'une telle opinion serait l'inaction. Pourquoi, en effet, combattre des affections nécessairement mortelles ?

Malgré la gravité des affections méningiennes de l'enfance, il en est quelques-unes qui guérissent. Toutes ne sont pas de nature granuleuse et tuberculeuse. Peut-être même les granulations ne sont-elles qu'un produit récent de phlegmasie, susceptibles, il est vrai, de subir la transformation tuberculeuse, mais pouvant aussi être résorbées ou organisées. L'autopsie du jeune Jobert nous a montré aussi une hydropisie simple des ventricules, ou tout au plus congestive, mais non suppurative. D'un autre côté, M. Guersant admet (c'est un point que je ne prétends pas discuter, n'étant en mesure ni d'affirmer, ni d'infirmer) qu'il existe des états ataxiques purs, qui peuvent en imposer pour une affection des méninges. Au lit du malade, il n'est pas toujours facile de dire à quel état morbide on a affaire ; la distinction des méningites simples et granuleuses est souvent impossible. Une marche anormale dans les accidents vient souvent jeter le trouble dans le diagnostic. Dans ces différents états, quand on a combattu les accidents primitifs, quand la période convulsive, ataxique ou paralytique se montre, c'est alors que le musc semble encore promettre quelques succès.

LEGROUX.

DE L'EMPLOI DU CARBONATE D'AMMONIAQUE DANS LA SCARLATINE.

Si le traitement curatif des fièvres éruptives est si peu avancé ou si peu connu, il n'en faut pas conclure cependant qu'il n'existe pas, ou qu'il doive se réduire à fort peu ; les fièvres éruptives sont des maladies, et, comme telles, elles impliquent nécessairement l'idée de moyens de guérir, de thérapeutique appropriée. Dans les cas simples, c'est-à-dire dans la

forme légère ou bénigne, si le traitement peut se borner à quelques soins hygiéniques, il n'en est plus ainsi pour les cas graves, pour la forme maligne, par exemple, qui parfois exerce de si grands ravages pendant les épidémies. Grâce à la vaccine, la variole a vu les siennes diminuer de jour en jour ; mais la rougeole et la scarlatine sont loin de jouir des mêmes avantages ; leur prophylaxie est encore à trouver. Aujourd'hui même, cette dernière maladie paraît régner épidémiquement sur plusieurs points de la France, où elle fait de nombreuses victimes. C'est en vertu de cette circonstance surtout, que je me hâte de faire connaître un moyen thérapeutique qui a rendu les plus grands services à l'hôpital des Enfants de Paris (service de M. Baudelocque), et qui cependant paraît être tombé dans l'oubli, ou dont on a contesté l'efficacité beaucoup trop précipitamment sans doute. Je veux parler du *carbonate d'ammoniaque*. En effet, à peine le travail du docteur Strahl était-il connu des médecins français, qu'une note insérée dans le *Bulletin de thérapeutique,* t. X, année 1836, et reproduite en partie dans l'ouvrage de thérapeutique de M. Trousseau, annonçait que non-seulement le carbonate d'ammoniaque était inutile, mais encore qu'il donnait lieu à une inflammation de la muqueuse intestinale, à la diarrhée. Cette assertion, basée d'ailleurs uniquement sur quatre faits, se trouve en contradiction formelle avec ce que j'ai vu depuis mon séjour à l'hôpital des Enfants malades et avec les expériences nombreuses de M. Baudelocque. Cet habile praticien n'a cessé d'employer, chaque année, l'agent thérapeutique dont je parle, depuis 1833, époque à laquelle les beaux résultats de M. Strahl en Allemagne furent connus en France, et, le plus souvent, sinon constamment, il a pu constater les plus heureux succès.

Ce n'est pas assez de dire que le carbonate d'ammoniaque est utile dans la scarlatine, il faut, de plus, indiquer dans quel cas, dans quelles formes de la maladie, à quelle période, comment on doit l'administrer, à quelle dose ; ce sont là des données nécessaires pour arriver à des résultats précis. Aujourd'hui, il nous sera impossible de répondre complétement à toutes les parties du problème, car nous n'avons pu par nous-même observer assez de faits, depuis notre court séjour à l'hôpital des Enfants ; mais nous devons éveiller l'attention des praticiens, et provoquer de nouvelles expériences sur les avantages d'une médication qui nous paraît digne d'intérêt, surtout à une époque où la scarlatine fait de nombreuses victimes et réclame de nouveaux moyens de traitement.

Dans les scarlatines légères, il va sans dire que le carbonate d'ammoniaque devient inutile ; aussi ne l'avons-nous jamais vu employer

dans des cas de cette nature, car la maladie marche d'elle-même et promptement vers la guérison. Mais il n'en est plus ainsi dans les diverses variétés de scarlatine maligne, forme si grave et contre laquelle le carbonate d'ammoniaque, nous pouvons le dire, a obtenu de si brillants succès. Enumérons quelques-unes de ces variétés, et citons des exemples à l'appui de nos assertions.

Nous avons vu se modifier et arriver à une terminaison heureuse, sous l'influence de cette médication, la scarlatine caractérisée par de l'ataxie, du délire, des soubresauts des tendons, des fuliginosités, vomissements, cardialgie, un pouls petit et irrégulier, des selles et des urines involontaires; avec une éruption difficile et irrégulière.

Obs. Ire. *Symptômes ataxiques, vestiges de scarlatine; administration du carbonate d'ammoniaque: la scarlatine reparaît en partie pendant que la desquamation se prononce sur quelques autres points et que la peau se couvre de sueur et de moiteur. L'agitation diminue, les phénomènes ataxiques se dissipent graduellement, et la guérison survient après un œdème momentané.* — Rhenet (François), huit ans, bonne constitution, tempérament lymphatique, rue du Faubourg-Saint-Martin, 250, entra dans le service de M. Baudelocque le 30 décembre 1847. Il est malade depuis peu de jours, et n'a reçu aucun secours à domicile. Impossible d'obtenir de plus amples renseignements. Le 31, agitation, délire, aucune réponse; on est forcé de recourir à la camisole de force; langue, lèvres et dents fuligineuses, vomissements, diarrhée; peau chaude et âcre, visqueuse, sans rougeur manifeste; pouls fréquent, petit et irrégulier; anxiété, respiration irrégulière et saccadée. — Gom. s., lav. émoll., diète.

Le 1er janvier 1848. Les accidents de la veille ont augmenté d'intensité, l'agitation et l'anxiété sont plus grandes, les spasmes musculaires plus multipliés, le pouls d'une très-grande fréquence, très-difficile à compter, à cause de son irrégularité et des soubresauts des tendons; deux selles involontaires, urines rares et involontaires; grande sécheresse de la peau, sur laquelle on aperçoit une sorte de desquamation par petites lamelles, langue rouge et croûteuse, rougeur et gonflement des amygdales et de l'isthme du gosier. — Bourrache, lav. émoll., julep, carbonate d'ammoniaque, 3 grammes.

Le 2. La figure s'injecte et présente un léger gonflement; les phénomènes ataxiques continuent; aucun cri, aucune plainte, mais les convulsions et l'agitation persistent; difficulté de la déglutition.—Carbonate d'ammoniaque, 4 grammes.

Le 3. La rougeur scarlatineuse est très-manifeste sur toute la face et le cou, mais elle n'est pas revenue sur le reste du corps où la desquamation se prononce de plus en plus; la chaleur est moins âcre, plus humide, l'agitation moindre, la respiration a perdu de son anxiété; quand on adresse la parole au malade, il regarde, semble comprendre, mais ne donne encore aucune réponse; pouls moins fréquent (104), plus développé, moins irrégulier; toux sèche, lèvres croûteuses, gercées, offrant une exhalation sanguine qui se concrète aisément. — Carbonate d'ammoniaque, 4 grammes.

Le 4. La transpiration a couvert toute la surface cutanée d'une moiteur qui a duré plusieurs heures et qui persiste encore au moment de la visite.

L'exanthème a pâli, l'angine est moins intense, mais assez fort toutefois pour produire l'aphonie et une toux rauque; le malade a repris connaissance, entend et répond à voix basse, quoique présentant une légère stupeur. Du reste, il est calme, sans spasmes musculaires; pouls irrégulier (92), pas de garderobes.—Deux lav. émoll. de carbonate d'ammoniaque, 4 gram., avec sirop de pavots, 10 grammes.

Le 5. L'amélioration continue, les phénomènes fébriles disparaissent, la langue s'humecte, mais les lèvres sont toujours très-sensibles et recouvertes de pelotons de fuliginosités brunâtres; peu de rougeur et de tuméfaction de l'isthme du gosier, seulement, quelques bulles de râle sonore et muqueux. Les selles et les urines sont revenues à l'empire de la volonté; tranquillité parfaite. Il est survenu un engorgement ganglionnaire immédiatement au-dessous du sterno-mastoïdien gauche, tout près de son insertion supérieure. — Carbonate d'ammoniaque, 4 grammes, deux potages.

Le 7. État très-satisfaisant; le malade digère fort bien, ne souffre plus que des lèvres et de son adénite cervicale; l'aphonie persiste.—Friction : pommade, iodure de plomb, carbonate d'ammoniaque.

Le 9. Il n'y a plus d'exanthème à la face, la desquamation est générale, la peau est très-sèche et très-rugueuse, comme dans l'ichthyose, mais les lamelles épidermiques s'enlèvent par lambeaux plus larges. Légère bouffissure du visage. — Bain de son, carbonate d'ammoniaque.

Le 11. L'engorgement ganglionnaire a pris du volume, est plus douloureux; la figure et les membres offrent les signes d'un œdème non douteux, quoique peu considérable; il est dur, résistant, et ne permet pas l'impression des doigts; urines foncées, épaisses. Il n'y a plus ni rougeur ni gonflement au pharynx, ni aux amygdales, l'aphonie est incomplète, le malade commence à élever la voix. — Bain de son, carbonate d'ammoniaque.

Le 16. Tous les symptômes fournis par l'appareil de la respiration se sont dissipés, tels que l'aphonie, la toux, les râles bronchiques; la bouffissure est diminuée. Les bains ont donné de la souplesse à la peau, ont facilité la chute des petites écailles épidermiques, mais il en reste toujours en quantité assez considérable, qui ne permettent pas à cette membrane de reprendre ses caractères normaux. L'adénite suppure des parties superficielles vers les profondes, la tuméfaction augmente et donne de la raideur au cou. — Bain de son, cessation du carbonate d'ammoniaque en potion.

Le 22. L'abcès s'est ouvert spontanément, il ne reste qu'une petite induration à la base. Du reste, le malade se lève, a repris toute sa gaieté; l'œdème a disparu, les urines sont normales. L'adénite seule retient le malade à l'hôpital.

Cette observation nous montre les phénomènes ataxiques cédant sous l'influence du carbonate d'ammoniaque, et l'anasarque consécutive ne durant que quelques jours, et avec les caractères d'une très-grande bénignité.

L'observation suivante va nous faire voir le même médicament prévenant les phénomènes ataxiques au moment de leur imminence.

Obs. II. *Scarlatine accompagnée de vomissement et d'accidents nerveux qui font craindre une ataxie plus prononcée. Carbonate d'ammoniaque; la maladie reprend une marche régulière.* —Horsol (Joseph), douze ans, d'une bonne

constitution, sans traces de scrofules, déposé la veille aux Enfants-Trouvés, est conduit dans nos salles le 12 janvier 1848. Il s'est fait une fracture de cuisse en sautant, il y a cinq ou six mois, fracture restée sans traitement et non consolidée; mais depuis cinq jours il est plus malade, il a éprouvé des frissons, de la courbature, de la céphalalgie, de la constriction à l'épigastre, de la douleur à la gorge.

Le 12 janvier. Rougeur framboisée sur toute la région antérieure du tronc, moins marquée sur la face postérieure et la racine des membres; aucune trace d'exanthèmes dans les autres points; légère angine, sans toux ni bruits anormaux à l'auscultation; la muqueuse buccale est d'un rouge uniforme; le pouls est fréquent (104) petit; quelques mouvements saccadés de temps en temps; légers spasmes des tendons, douleur vive à l'épigastre et à la région frontale; vivacité du regard, inquiétude, réponses brèves et peu précises; tendance à la divagation.—G. s., lav. émoll. Diète.

Le 13. Il y a eu deux vomissements, peu de sommeil, légère agitation, avec persistance des autres symptômes.—Gargarisme émollient, julep, 3 grammes carbonate d'ammoniaque, lav. émoll.

Le 14. Trois vomissements avec épistaxis; pas de garderobes depuis deux jours, malgré les lavements qui ne sont pas rendus; douleur à l'épigastre extrêmement vive; l'exanthème a pâli.—Lav. laxatif, carbonate d'ammoniaque, 3 grammes.

Le 15. La constriction de l'épigastre a diminué, et cependant il est encore survenu un vomissement; 1 garderobe; les réponses sont plus appropriées, plus précises, quoique brusques encore; le sommeil a été calme; l'exanthème n'existe plus que par plaques dans les intervalles desquelles apparaît la desquamation furfuracée.—Carb. ammon. G. g. émoll.

Le 16. Absence de vomissements et de douleur à l'épigastre; nouvelles épistaxis; le pouls prend plus de force et diminue de fréquence; peu de douleur à la gorge.—Bouillon, carbon. ammon., 4 grammes.

Le 17. Toute éruption s'est dissipée; il n'en reste qu'une desquamation générale, mais bien mieux caractérisée au tronc et au cou; légère rougeur à l'isthme du gosier, sans gonflement; le malade est sans fièvre, très-calme, parfaitement maître de ses idées; une selle non diarrhéique.—2 potages.

Le 19. La douleur des cuisses est devenue extrêmement vive; on le fait passer en chirurgie; depuis, il n'est survenu aucun accident, aucune complication.

Le carbonate d'ammoniaque a été employé dans des circonstances plus critiques encore, je veux dire dans les cas de scarlatine maligne, avec production de fausses membranes sur les muqueuses aérienne et digestive, ou bien avec hémorrhagie à la région du derme et des muqueuses. M. Baudelocque me racontait, il y a quelques jours, que deux petites filles, qu'il avait regardées comme étant dans un état des plus graves, *dans un état désespéré*, ne durent leur salut qu'à l'emploi de ce médicament. La première avait offert une éruption irrégulière et mal caractérisée, et bientôt une foule d'ecchymoses à la surface cutanée, avec hémorrhagie par la muqueuse buccale, délire, prostration, adynamie. La seconde n'avait pas eu d'hémorrhagie,

mais avait vu se couvrir de fausses membranes les fosses nasales, les lèvres, la bouche, le pharynx; la voix était éteinte, la toux croupale, la respiration sifflante, la déglutition extrêmement difficile; joignez ces phénomènes, déjà d'un pronostic si fâcheux, un pouls petit et irrégulier, une respiration anxieuse, des vomissements répétés, une cardialgie intense, des spasmes musculaires et du délire.

Le résumé de ces deux faits, que je regrette de ne pouvoir donner avec plus de détails, prouve assez, cependant, l'heureuse efficacité du carbonate d'ammoniaque. Les cas étaient graves, le carbonate d'ammoniaque *seul* fut mis en usage, et les deux malades guérirent, non pas seulement pour quelques jours, en attendant une complication fatale; mais elles guérirent véritablement, et sortirent de l'hôpital avec une santé parfaite et lorsque la maladie tout entière s'était complétement dissipée.

Il est un symptôme tardif de la scarlatine, qui parfois se montre avec une grande fréquence, et ne laisse pas que de donner de sérieuses inquiétudes; c'est l'anasarque.

Je me rappelle avoir observé, en 1842 et 1843, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service des enfants, une épidémie de scarlatine qui fut accompagnée, chez presque tous les malades, d'une anasarque fébrile qui devint mortelle pour quelques-uns. — Eh bien, l'utilité du carbonate d'ammoniaque n'a pas été moins marquée dans les cas de cette nature que dans ceux précédemment indiqués. J'ai vu, en effet, des anasarques scarlatineuses, avec ou sans épanchement dans les séreuses, guérir rapidement pendant l'administration de ce moyen thérapeutique. Il y a plus, dans certains cas où une autre médication avait été préalablement employée, et cela sans succès, ou même avec *aggravation du mal*, le carbonate d'ammoniaque mis en usage a facilement triomphé de tous les accidents. L'observation suivante en est un exemple frappant.

Obs. III. *Anasarque succédant à une scarlatine; diarrhée, suppression d'uirne; les bains de vapeur sont sans succès; prescription du carbonate d'ammoniaque; urine plus abondante, disparition de l'anasarque.* — Gaquer (Joseph), vingt mois, à Passy, entre dans le service de M. Baudelocque le 5 janvier 1848. D'une bonne santé habituelle, cet enfant, malade depuis six semaines, a présenté de l'abattement, de la fièvre, des vomissements, de la toux, de l'enrouement, de la *diarrhée:* la peau a pris une couleur rouge que sa mère ne peut bien caractériser, puis est survenue une anasarque parfaitement dessinée. Le petit malade est resté à peu près sans traitement.

Le 6 janvier. OEdème général, mais bien plus marqué à la face et aux membres, surtout vers les extrémités de ceux-ci, ce qui donne à ces parties des dimensions considérables; il offre une certaine dureté, une certaine

résistance, conserve cependant l'empreinte des doigts; la peau des extrémités est lisse et d'un rouge vineux, sans chaleur anormale, présentant, sur plusieurs points, des lambeaux épidermiques plus ou moins larges, signe d'une desquamation non douteuse. Les séreuses ne laissent reconnaître aucune trace d'un épanchement liquide certain. Langue humide, soif, anorexie; *sept à huit selles liquides, verdâtres et très-fétides;* toux, râle, sinon général, accompagné de quelques bulles de râle muqueux; léger mouvement fébrile, tristesse; ni convulsion ni délire.—Chiendent, réglisse, lavement émollient, bain de vapeur, 2 bouillons.

Le 7. La bouffissure de la figure a pris de l'accroissement, principalement aux paupières; *garderobes nombreuses et très-claires.*

Le 8. La rénitence des membres inférieurs est passée presque à l'état d'induration.—Nouveau bain de vapeur.

Le 9. L'anasarque, au lieu de diminuer, fait de nouveaux progrès; les membres, la face, offrent une tuméfaction plus grande; les paupières surtout sont lisses, luisantes et tellement œdémateuses, qu'elles ne laissent apercevoir par leur écartement, qu'une partie bien minime de la cornée. La pression cutanée est plutôt froide que chaude; il est difficile de maintenir le petit malade à une température convenable; *persistance du dévoiement.*—Julep, carbonate d'ammoniaque, 2 grammes; 2 potages. Suppression du bain de vapeur.

Le 10. La peau de la figure paraît un peu moins distendue, pas de sueurs; 6 garderobes liquides; toux sèche, modérée; râles sonores. — Quart de lavement émoll. amylacé, carb. d'ammoniaque.

Le 11. L'anasarque diminue rapidement, à la face principalement; partout la peau reprend sa souplesse au lieu de cette dureté rénitente qu'elle offrait naguère; les paupières seules ont bien peu changé.

Le 12. Cinq selles claires et jaunâtres; urines abondantes; l'hydropisie continue sa marche descendante; la peau des membres reprend sa blancheur normale.—Carbonate d'ammoniaque.

Le 15. Il est survenu une amélioration si grande, que le petit malade est à peine reconnaissable; la diminution de l'œdème est générale; la peau des membres est flasque, ridée, et les paupières elles-mêmes ont perdu leur distension énorme qui donnait à la figure une expression si singulière.

Le 16. La diarrhée s'est modérée (trois à quatre selles moins liquides). En examinant l'état de l'anasarque, on aperçoit sur les membres abdominaux et la zone inférieure de la paroi antérieure du ventre, des taches, de petites plaques exanthématiques parfaitement isolées, distantes les unes des autres, s'effaçant sous le doigt et formant de légères élevures; en un mot, c'est une éruption qui ressemble à l'exanthème rubéolique. La toux n'a pas augmenté; absence de fièvre; pas d'anxiété, pas d'enrouement.—Suspension du carbonate d'ammoniaque.

Le 17. Il n'existe plus aucune trace d'anasarque; l'exanthème cutané a singulièrement pâli; quelques plaques ont même disparu complétement, et le malade ne paraît pas en éprouver d'inconvénient notable; il continue d'être sans fièvre; râle sonore, un peu plus de râle muqueux. Les potages sont pris avec plaisir.

Le 19. La diarrhée continue; il ne reste plus sur les cuisses et l'abdomen que de petits points rouges en nombre très-minime; l'enfant ne reprend pas de gaieté.—Décoction blanche, julep, sirop de pavot, 5 grammes;

Le 22. L'enfant est de mauvaise humeur, crie fréquemment, offre une grande tendance à se refroidir.

Le 25. Disparition complète de l'éruption cutanée; toux plus fréquente; râle humide, assez abondant, uni à du rhuncus sonore des deux côtés de la poitrine; léger mouvement fébrile; du reste, pas d'affaissement; figure plus gaie; 3 garderobes seulement.

Le 27. Beaucoup moins de dévoiement, 2 selles peu liquides; très-peu de toux; encore quelques bulles de râle sonore et muqueux, mais le malade montre une gaieté remarquable; il est sans fièvre, digère admirablement et ne paraît souffrir nulle part; la langue est très-humide, le ventre souple et indolore.

Le 29. Il a 4 à 5 selles liquides, jaunâtres; il porte fréquemment les doigts à la bouche, et l'on s'aperçoit que des quatre canines une seule vient de percer, et que les trois autres menacent de se montrer incessamment; du reste, le bon état général et la gaieté continuent.

Le 3 février. Il sort de l'hôpital.

Cet exemple nous a fait voir les effets opposés des deux agents thérapeutiques distincts : les bains de vapeur et le carbonate d'ammoniaque. Les premiers ont augmenté d'une manière très-notable les accidents; le second, au contraire, a imprimé rapidement une marche rétrograde à l'hydropisie, et l'a fait disparaître en fort peu de jours avec une merveilleuse facilité. Mais n'a-t-il pas provoqué ou du moins entretenu la diarrhée? Evidemment non ; on ne peut voir là aucun rapport de cause à effet, c'est une simple coïncidence. En effet, cette diarrhée, déterminée sans doute par la scarlatine (ce qui n'est pas rare), existait avant l'entrée du petit malade dans nos salles, et elle était abondante, comme nous avons pu le constater pendant les trois jours qui ont précédé l'administration du carbonate d'ammoniaque ; ce médicament est employé, et le dévoiement, loin d'augmenter, semble s'améliorer, les garderobes deviennent moins nombreuses ; et, après la cessation du moyen mis en usage, elles continuent, entretenues qu'elles sont par une dentition difficile. A ce fait, d'ailleurs, nous pourrions en opposer quatre autres, qui se rapportent à des malades qui ont offert une constipation parfois opiniâtre pendant toute la durée de l'administration du carbonate d'ammoniaque, et dont nous ne pouvions triompher que par des lavements laxatifs et purgatifs répétés. De plus, M. Baudelocque, qui l'a mis en usage si fréquemment depuis 1833, n'a jamais remarqué qu'il provoquât la diarrhée ; et si parfois cet accident s'est montré dans cette circonstance, ce médecin, après l'examen clinique des faits, n'a jamais pu y trouver une relation de causalité, ni, par conséquent, en faire peser la responsabilité sur la médication concomitante.

La rougeole, survenue chez ce jeune enfant, n'a pu empêcher sa guérison ; elle a été fort bénigne et a seulement donné un peu plus d'intensité au catarrhe bronchique.

Parmi les malades atteints d'hydropisie scarlatineuse, actuellement dans nos salles, il en est un (un enfant de huit ans), qui présentait, en même temps que l'anasarque fébrile, un épanchement pleural gauche, remontant jusque vers le milieu de la fosse sous-épineuse. Le 15 janvier, le carbonate d'ammoniaque est administré à la dose de 3 grammes, dose progressivement augmentée jusqu'à 6 grammes ; les signes de l'hydropisie ont disparu peu à peu comme les symptômes généraux, et, le 1er février suivant, il n'en restait aucune trace, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané, ni dans la plèvre. Pendant les quatorze jours signalés par l'emploi du carbonate d'ammoniaque, il n'est survenu aucune garderobe diarrhéique.

Si nous examinons les circonstances dans lesquelles le carbonate d'ammoniaque a rendu des services incontestables, nous établirons par l'analyse les catégories suivantes :

1° Scarlatine irrégulière avec troubles cérébraux et phénomènes ataxiques.

2° Scarlatine accompagnée de production de fausses membranes sur diverses muqueuses.

3° Scarlatine hémorrhagique.

4° Hydropisie scarlatineuse, soit bornée au tissu cellulaire, soit étendue aux membranes séreuses.

Comment et à quelle dose faut-il administrer le carbonate d'ammoniaque? Cette question, examinée dans son ensemble, étendue au domaine entier de la thérapeutique, est une des plus intéressantes et des plus utiles, et cependant une de celles qui sont le plus souvent négligées dans la pratique. En effet, la presse médicale vante un moyen de guérir ; aussitôt de nouveaux observateurs se livrent à des expériences, mais quelquefois avec indifférence et une sorte de dédain, modifiant même, par conscience ou par curiosité, le mode d'administration de leur prédécesseur ; et bientôt ils sont tout étonnés d'obtenir des résultats qui s'éloignent singulièrement de ceux indiqués précédemment. Mais, s'ils suivaient ces expériences assidûment et avec intérêt, s'ils ne se laissaient pas décourager par quelques cas d'insuccès, si surtout ils renouvelaient exactement la manière de faire déjà connue, il est bien probable qu'ils arriveraient à des résultats tout aussi heureux. Il est donc avantageux, dans ces sortes d'expériences, de tenir un grand compte du mode d'administration qui a donné lieu à des succès positifs. Nous n'avons pas la prétention toutefois de poser ici des règles fixes et invariables, de dire le dernier mot sur l'emploi du carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine, mais nous voulons faire connaître le procédé que nous avons vu mettre en usage avec succès.

Constamment l'administration s'en est faite dans une potion, un julep ou un demi-julep, soit simple, ou aromatisé avec l'eau de fleurs d'oranger, sirop de même nature ou le sirop de violette... C'est aussi en potion que l'employait M. Strahl. Cette manière de faire nous paraît très-convenable, parce qu'elle permet aux enfants surtout, le véhicule étant peu considérable, de prendre facilement la dose tout entière ; parce que le médicament, renfermé dans un flacon bien bouché, ne peut se volatiliser (ce qui arriverait si l'on se servait de tisane pour véhicule), et, par conséquent, on est sûr de la quantité employée ; parce qu'enfin on peut masquer, en grande partie, la saveur piquante de cette préparation. Administrée de cette manière, elle occasionne de la répugnance à un bien petit nombre de malades ; nous devons dire, au contraire, que les petits enfants notamment boivent cette potion avec un certain plaisir. Ce médicament semble exciter l'action de la peau, dont il augmente l'exhalation ; dans d'autres cas, il active la sécrétion urinaire. Il ne semble pas agir sur le canal intestinal comme purgatif ; mais il nous a p[illegible]u, soit en excitant quelques sécrétions, soit en agissant directement, modifier d'une manière efficace l'exaltation du système nerveux.

La dose en est variable : ainsi chez les très-jeunes enfants, de deux ans, par exemple, le carbonate d'ammoniaque a été donné à 2 grammes, et porté quelquefois un peu plus tard à 3 grammes ; chez les enfants un peu plus âgés, à 3 et 4 grammes ; de huit à douze ans, à 4 et 6 grammes. Il est probable qu'à un âge plus avancé on pourrait en augmenter la dose. Généralement, on se trouve bien, sans descendre à une quantité infinitésimale, de commencer par une dose un peu plus faible que celle à laquelle on se propose d'arriver.

BOTREL.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA CAUTÉRISATION CONSIDÉRÉE COMME MOYEN DE COMBATTRE LES ACCIDENTS QUI SURVIENNENT A LA SUITE DES OPÉRATIONS.

Par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

A la suite des opérations chirurgicales, et spécialement de celles qui, comme l'amputation des membres ou l'ablation des tumeurs, nécessitent des incisions étendues de la peau, il n'est pas rare d'observer des érysipèles qui, partant des bords de la solution de continuité, s'étendent de proche en proche à une grande partie de l'enveloppe cutanée, des

phlébites et des résorptions purulentes, avec production d'abcès disséminés dans les viscères, des gangrènes humides, enfin des décompositions putrides de matières renfermées dans des cavités imprudemment ouvertes.

Tous ces accidents, dont l'origine est dans la plaie produite par l'instrument tranchant, rendent graves les suites des opérations, et dans un grand nombre de cas entraînent la mort des malades.

Il n'est pas de question de chirurgie pratique qui soit plus digne d'intérêt, et qui appelle plus impérieusement de nouvelles recherches; car, on peut le dire avec assurance, l'art manque de ressources efficaces pour combattre la plupart de ces complications, et l'on est loin d'être fixé sur le choix à faire entre les moyens qu'on leur a opposés jusqu'à présent.

Des faits nombreux m'ont démontré toute la puissance de la cautérisation dans ces cas difficiles. Pratiquée, suivant des conditions particulières, avec le nitrate d'argent, la potasse, le chlorure de zinc, ou même le fer rouge, elle arrête les progrès des érysipèles, des phlébites, des gangrènes humides, pourvu toutefois qu'elle soit faite avec l'énergie convenable, et à l'époque où ces lésions sont encore accessibles à son action directe.

Ce Mémoire a pour but de prouver, par des faits, la vérité de cette proposition générale, et d'indiquer de quelle manière la méthode cautérisante doit être employée pour limiter les accidents dont les plaies sont le point de départ. Cependant, avant de considérer la cautérisation comme agent curatif de lésions déjà développées, il est utile de dire quelques mots sur l'influence qu'elle peut avoir comme méthode préventive de la phlébite, de l'érysipèle et de la résorption purulente. L'examen de cette question préalable préparera le lecteur à accepter avec moins de défiance ce que j'ai à dire sur le sujet principal de ce Mémoire.

En 1836, je publiai, dans les Archives de médecine, un travail destiné à démontrer que la cautérisation des veines, au moyen de la potasse caustique, l'emportait de beaucoup, dans le traitement des varices, sur toutes les méthodes généralement employées alors, et spécialement sur les épingles, qui, à cette époque, jouissaient d'une certaine faveur. Ce traitement par la potasse caustique, dont je devais l'idée à mon honorable confrère, M. Gensoul, et que je retrouvai depuis recommandé, mais d'une façon très-laconique, par Ambroise Paré et par Guillemeau, ne tarda pas à être modifié par M. Auguste Bérard, qui remplaça la potasse caustique par la poudre de Vienne. Depuis lors, la cautérisation des veines dans le traitement des varices a été

adoptée par tous les chirurgiens qui ont cru devoir ne pas se borner à l'emploi des palliatifs, et aujourd'hui, l'expérience de tous est venue se joindre à l'expérience de quelques-uns, pour démontrer avec quelle sécurité l'on peut porter le caustique sur les veines des jambes et y coaguler le sang sans produire de phlébites.

Frappé des résultats de cette méthode, et comparant son innocuité aux lésions si souvent mortelles qui suivaient fréquemment l'incision, la ligature ou l'excision des varices, je pensai que la cautérisation devait être substituée, autant que possible, à toutes les opérations sanglantes qui intéressent les veines. Je développai ce principe général dans un Mémoire publié en 1843 dans la Gazette médicale, et je considérai surtout la cautérisation comme méthode préventive et curative de la phlébite et de la résorption purulente. La cautérisation des hémorrhoïdes compliquées de chute du rectum et formant un bourrelet saillant à l'extérieur, était aussi une des questions étudiées dans ce Mémoire.

Après avoir cité les auteurs qui ont traité les hémorrhoïdes par la cautérisation avec le fer rouge, et entre autres Marc-Aurèle Séverin, je donnai l'observation de quatre malades chez lesquels j'avais détruit, par des applications successives de caustique de Vienne et de chlorure de zinc, des bourrelets volumineux de tumeurs hémorrhoïdales. En m'appuyant sur ces faits, aussi bien que sur l'analogie du traitement des hémorrhoïdes avec celui des varices de la jambe, je présentai la cautérisation comme une méthode qui mettait à l'abri de la phlébite et de la résorption purulente, accidents encore plus à craindre que l'hémorrhagie, lorsqu'on ose exciser les hémorrhoïdes.

Depuis cette époque, de nouveaux faits m'ont affermi dans les principes que j'émettais alors, et des publications, émanées d'hommes connus dans la science, sont venues leur donner une importante confirmation.

En 1846, M. Amussat a fait paraître dans la Gazette médicale un Mémoire étendu sur la cautérisation des hémorrhoïdes ; il a fait connaître des procédés ingénieux pour détruire seulement le pédicule de ces tumeurs, à l'aide du caustique de Vienne solidifié, de M. Filhos, et il a cité un grand nombre de faits qui démontrent l'utilité et l'innocuité de cette méthode.

Récemment encore, M. Philippe Boyer a publié dans le *Bulletin de Thérapeutique*, numéro de septembre 1847, un Mémoire sur la cautérisation par le fer rouge du bourrelet hémorrhoïdal.

Sur seize malades opérés par l'excision, le chirurgien avait eu cinq cas de mort ; il n'a eu aucun accident à déplorer toutes les fois qu'il s'est servi du fer rouge.

Quelle que soit l'origine de la préférence que ces deux auteurs donnent à la cautérisation dans le traitement des hémorrhoïdes, les faits qu'ils ont publiés, joints à ceux que j'ai fait connaître en 1843, prouvent que la cautérisation, comme méthode préventive de la phlébite, est aussi efficace dans les hémorrhoïdes qu'elle l'est dans les varices des membres inférieurs. A ces résultats, je pourrais ajouter aujourd'hui de nouveaux faits d'un autre ordre, citer par exemple le traitement de quatre varicocèles dans lesquels la destruction des veines par les caustiques a procuré une cure aussi complète qu'exempte de dangers; mais il serait hors de notre sujet de rapporter ces observations avec détails ; je me borne à les indiquer, comme montrant la généralité de la loi que j'ai formulée, et je passe à l'objet spécial de ce Mémoire, savoir : l'étude de la cautérisation comme moyen de combattre des accidents déjà développés. Je vais examiner cette action curative : 1° dans la résorption purulente, 2° dans la phlébite, 3° dans l'érysipèle traumatique, 4° dans la décomposition putride qui succède à l'ouverture des kystes sanguins, 5° dans la gangrène de l'épiploon, lorsque cette partie du péritoine, herniée et étranglée, est maintenue au dehors par des adhérences.

Phlébites. Pour démontrer l'utilité de la cautérisation dans les inflammations des veines, j'ai cité deux ordres de faits dans mon Mémoire de 1843. Les uns sont relatifs aux phlébites, suites de piqûres anatomiques ; les autres aux phlébites, suites de saignées.

Les phlébites, suites de piqûres anatomiques, que j'avais traitées alors par la cautérisation avec le fer rouge, étaient au nombre de quatre. Elles se compliquaient toutes de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques superficiels. Il s'y joignait un gonflement énorme de l'avant-bras et du bras, chez trois malades ; de la jambe et de la cuisse, chez un quatrième. Une seule fois, depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'appliquer la cautérisation au fer rouge sur une plaie anatomique, devenue le point de départ d'accidents semblables à ceux observés chez les quatre élèves dont je viens de rappeler l'histoire. La cautérisation, inhérente sur la plaie, et transcurrente sur le trajet des vaisseaux malades, a eu le résultat que faisaient présumer les essais antérieurs. Pourquoi les conseils que j'ai donnés sont-ils restés sans retentissement ? Pourquoi continue-t-on à traiter par des cataplasmes et des sangsues ces redoutables inflammations spécifiques ? Pourquoi faut-il avoir à déplorer chaque année, dans les écoles, des mutilations ou des morts qu'une médication plus énergique aurait sans doute prévenues ?

Je n'ai cité, dans mon Mémoire de 1843, qu'une seule observation de phlébite, survenue à la suite d'une saignée, et traitée par la cautéri-

sation avec le fer rouge. Le tissu cellulaire de tout le bras était, dans ce cas, le siége d'une suppuration avec gangrène. La cautérisation fut portée profondément dans ce tissu cellulaire et dans la cavité des veines superficielles. L'occasion m'a manqué d'appliquer de nouveau cette puissante méthode, mais d'autres en ont fait usage, et le *Bulletin de Thérapeutique* a cité un cas analogue, dans lequel le fer rouge arrêta une phlébite grave, suite d'une saignée du bras.

Lorsque l'inflammation est bornée à quelques centimètres autour de la veine piquée, et qu'elle ne s'accompagne d'aucun signe qui fasse craindre la gangrène, on peut se contenter de cautérisations moins effrayantes et plus faciles à appliquer que le fer rouge. On peut se servir dans ces cas du caustique de Vienne, de la potasse caustique, ou mieux de la pâte de Canquoin. C'est ce dernier procédé que j'ai mis récemment en usage dans une inflammation très-douloureuse qui s'était manifestée autour d'une saignée du pied, faite six jours auparavant. La pâte de chlorure de zinc introduite dans l'ouverture béante de la saignée, et laissée en place pendant huit heures, produisit une escarre de 15 millimètres de diamètre, et limita complétement les progrès de l'inflammation.

Résorption purulente. Ce serait le triomphe de la thérapeutique que de guérir la résorption purulente, cette maladie si constamment mortelle et si fréquente à la suite des grandes opérations. Connaissant la puissance de la cautérisation pour localiser la phlébite, lorsque celle-ci gagne de proche en proche, et qu'elle s'étend des extrémités au centre, je devais naturellement essayer l'emploi des caustiques dans le traitement de la résorption purulente. Les résultats de cette méthode n'ont pas été très-favorables, et le raisonnement fait comprendre qu'elle ne peut avoir qu'une bien médiocre efficacité, surtout quand la résorption succède à l'amputation d'un membre.

En effet, la phlébite qui précède et entraîne ordinairement à sa suite la résorption purulente, occupe les veines qui accompagnent les artères, ou celles qui font partie intégrante du tissu médullaire des os. On ne peut en atteindre que l'extrémité béante à la surface de la plaie, et il est impossible de les cautériser dans leur trajet. Du reste, quand des symptômes incontestables de résorption purulente se manifestent, le pus est déjà formé dans l'intérieur des viscères, tels que le foie ou les poumons, et la mort en est une conséquence inévitable.

Malgré ces conditions défavorables, la cautérisation profonde de la plaie est le seul moyen qui offre quelque chance de réussite.

Sur les cinq malades dont je citais l'observation dans mon Mémoire de 1843, trois moururent presque aussi promptement que si l'on n'eût

pas cautérisé leur moignon ; un quatrième vécut pendant trois mois. Sa plaie, résultant d'une amputation de jambe, avait été profondément cautérisée par la pâte de chlorure de zinc. Il échappa aux accidents de la redoutable maladie qui devait le faire périr en moins d'une semaine.

Le seul des cinq malades qui ait été définitivement guéri n'avait pas subi l'amputation d'un membre, je lui avais seulement enlevé une tumeur sur le côté du tendon d'Achille.

Ces résultats, quoique médiocrement satisfaisants, ont conduit M. Cauvière, de Marseille, à essayer la cautérisation au fer rouge contre la résorption purulente, conséquence fréquente des amputations dans tous les hôpitaux, mais surtout dans celui de Marseille.

M. Cauvière, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par un de ses élèves, a traité par la cautérisation trois malades atteints de résorption purulente, et a obtenu sur l'un d'eux un succès complet.

Je n'ai pas de nouveaux faits à ajouter à ceux que je viens d'indiquer. Ces derniers sont loin d'être encourageants; mais comme la cautérisation est la seule méthode qui ait produit des résultats évidents, je conseille d'y recourir, surtout au début des accidents, à l'époque où le gonflement et la douleur des parties voisines de la plaie font craindre l'imminence de la résorption.

On peut faire la cautérisation avec le fer rouge, ou avec la pâte de chlorure de zinc qu'on laisse pendant douze à vingt-quatre heures dans la plaie. Je préfère ce dernier caustique, qui est moins effrayant pour le malade, et moins compromettant pour l'opérateur. Dans des cas probablement mortels, on hésite à employer des méthodes qui, comme le fer rouge, révoltent les malades et ceux qui les entourent.

Dans une communication faite à l'Académie des sciences, le 13 septembre 1847, M. Gouyon, de Clermont-Ferrand, a conseillé, dans la résorption purulente, des pansements avec la solution de 3 grammes de nitrate d'argent, sur 30 grammes d'eau. Il ne cite aucun fait à l'appui de l'assertion qu'il émet sur l'efficacité de ce genre de pansement ; mais probablement la cautérisation très-superficielle que l'on peut obtenir avec la solution de nitrate d'argent ne saurait être aussi utile que les cautérisations profondes que j'ai mises en usage, et qui, elles-mêmes, dans la grande majorité des cas, ne suffisent pas pour localiser le mal. Toutefois le rapport qui existe entre cette méthode et celle dont j'ai fait moi-même l'application avec quelques succès, me conduit à accorder quelque importance aux propositions de M. Gouyon ; je pense qu'on ne doit pas négliger de les soumettre à l'épreuve de l'expérience clinique. Il importe tellement de faire sortir la thérapeutique de l'ornière où elle

se traîne depuis tant d'années, en ce qui regarde la résorption purulente, que l'on doit tenir compte de tous les travaux qui s'y rattachent, et essayer tous les moyens qui offrent quelque chance de succès.

Erysipèle traumatique. L'érysipèle traumatique est celui qui a pour point de départ une solution de continuité commençant sur les bords d'une plaie. Il envahit quelquefois dans sa marche progressive toute l'enveloppe cutanée.

Ce genre d'érysipèle ne doit pas être confondu, ainsi que le veulent encore, dans ces derniers temps, MM. Chomel et Jobert, avec l'érysipèle de cause interne indépendant de toute lésion traumatique. Sans doute, comme le remarquent ces auteurs, une disposition intérieure est nécessaire au développement de l'érysipèle, que celui-ci commence autour d'une plaie ou qu'il en soit indépendant; mais un caractère commun ne doit pas suffire pour faire confondre entre elles deux maladies complétement distinctes. Or, l'érysipèle traumatique diffère de l'érysipèle spontané par sa nature, par ses symptômes, par sa marche, par sa gravité et par son traitement.

On ne peut établir aucun rapport entre l'érysipèle simple et l'inflammation des vaisseaux lymphatiques; il n'en est pas de même de l'érysipèle traumatique. Souvent, au début de celui-ci, on voit la peau sillonnée de lignes rouges, qui suivent la direction des vaisseaux lymphatiques et qui, se réunissant plus tard, donnent naissance à l'érysipèle bien caractérisé.

Dans l'érysipèle spontané, la partie malade se confond insensiblement avec la partie saine, et le mal s'arrête, en général, au point où il s'est développé primitivement. Dans l'érysipèle traumatique, au contraire, une élévation rouge, une ligne de démarcation tranchée, séparent la peau érysipélateuse de la peau saine, et, comme nous le disions plus haut, le mal, primitivement borné aux environs de la plaie, gagne de proche en proche, et souvent à une grande distance, les parties saines.

Tandis que l'érysipèle spontané s'accompagne souvent d'un simple œdème du tissu cellulaire, la mortification de ce tissu est une conséquence fréquente de l'érysipèle traumatique; elle est inévitable, lorsque cet érysipèle gagne la peau de la verge ou des bourses.

Ces différences dans les symptômes en font aisément présumer dans la gravité du mal. En effet, l'érysipèle simple n'offre le plus souvent aucune gravité; l'érysipèle traumatique, au contraire, est toujours d'un très-fâcheux augure. Son apparition peut faire craindre, quand la plaie est profonde, le développement de la résorption purulente. Il s'accompagne de délire lorsqu'il se manifeste dans le cuir chevelu, et souvent, sans aucune de ces complications, il entraîne la mort.

Le traitement de l'érysipèle traumatique comparé à celui de l'érysipèle simple n'offre pas moins de différences. Tandis que les vomitifs et les applications les plus diverses, telles que l'eau vinaigrée, l'axonge, la pommade mercurielle, paraissent produire les résultats les plus marqués dans l'érysipèle spontané, tandis que celui-ci guérit en peu de jours sous l'influence de ces traitements ou après une expectation complète, l'érysipèle traumatique poursuit sa marche envahissante, malgré les remèdes internes ou les applications locales qu'on lui oppose habituellement.

Une thérapeutique spéciale peut seule en arrêter les progrès. Cette thérapeutique doit avoir pour but de détruire, autant que possible, les principes putrides qui peuvent être résorbés à la surface de la plaie, et de fixer l'érysipèle dans les parties qu'il a déjà envahies.

La cautérisation est la seule méthode qui permette d'atteindre ce double résultat, et de même qu'elle est le seul moyen de quelque efficacité contre la phlébite et la résorption purulente, de même elle est le seul remède utile contre l'érysipèle traumatique, qui a tant de rapports avec ces dernières lésions, par ses causes et par sa gravité.

La cautérisation peut être faite avec une dissolution concentrée de nitrate d'argent, ou bien avec la pierre infernale, que l'on promène sur la surface de la plaie et sur la peau affectée. Cette méthode a été mise en usage par M. John Higginbottom, et après lui, par M. Tanchou (Compendium de médecine pratique, t. III, p. 482). On peut employer aussi la pommade au nitrate d'argent, conseillée par M. Jobert (Gazette médicale 1846, p. 964). Elle contient, suivant le degré d'activité qu'on veut lui donner, 4, 8 ou 12 grammes de nitrate d'argent, sur 32 grammes d'axonge. Ces moyens peuvent être suffisants dans des cas peu graves; le fait suivant est un exemple de leur efficacité.

Obs. *Déchirure de la peau de l'avant-bras, érysipèle traumatique ; cautérisation avec le nitrate d'argent ; guérison prompte.* Un jeune homme de dix-huit ans se déchira, avec un croc de fer, la partie antérieure de l'avant-bras. La plaie, pendant huit jours, suivit son cours ordinaire; mais au bout de ce temps, le malade étant sorti et s'étant exposé à l'action de l'air froid, fut pris le jour même de frissons, à la suite desquels se manifesta, dès le lendemain, un érysipèle qui s'étendit jusqu'à la partie moyenne du bras. Cet érysipèle fut immédiatement traité par la cautérisation de la plaie et de toutes les parties rouges et tuméfiées, avec le crayon de nitrate d'argent; deux lavements de quina furent aussi administrés pour prévenir de nouveaux frissons. Soit le peu de gravité du mal, soit l'efficacité du moyen qui était employé dès le début, l'érysipèle ne fit pas de nouveax progrès, et la plaie ne tarda pas à reprendre son cours vers la cicatrisation.

Cependant, ce serait s'exposer à plus d'un mécompte que de se borner à la cautérisation superficielle que l'on peut faire avec le nitrate d'argent momentanément appliqué. On a plus de chances de réussir si l'on cautérise

profondément la plaie, qui est le point de départ de l'érysipèle traumatique. Le fait suivant prouvera que ce genre de cautérisation, pratiqué avec la pâte de chlorure de zinc, peut arrêter des accidents formidables et qui semblent devoir être prochainement mortels.

Obs. *Érysipèle traumatique du cuir chevelu, succédant à l'ouverture étroite d'un abcès; cautérisation de toute la surface interne de l'abcès. Guérison presque immédiate de l'érysipèle.* Un homme de trente-deux ans, bien constitué, fut admis à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, n° 38, dans le courant du mois de janvier 1847. Il venait pour se faire traiter d'un abcès sous-cutané placé au-dessous de l'angle de la mâchoire, et qui succédait à la carie d'une dent molaire. Pour éviter la difformité d'une cicatrice, je donnai issue à la suppuration par une simple ponction. Quatre jours après, j'arrachai la dent cariée. L'ouverture, restée fistuleuse, devint, cinq jours après avoir été faite, le point de départ d'un érysipèle qui, dès le quatrième jour, avait envahi la joue et l'oreille du côté malade, et tout le cuir chevelu; j'avais employé, pendant les quatre premiers jours, des applications d'eau vinaigrée et donné deux émétiques. Ces moyens n'avaient modifié en aucune façon la marche du mal, et depuis deux jours un délire violent, accompagné d'une fièvre ardente, faisait craindre pour les jours du malade, lorsque je me décidai à pratiquer la cautérisation. C'était le cinquième jour de l'érysipèle. J'excisai toutes les parties de peau décollées par l'abcès, et je couvris le fond de celui-ci d'une couche de pâte de chlorure de zinc qui fut laissée en place pendant douze heures. Dès le jour même, le délire cessa, le gonflement de la face et du cuir chevelu diminua sensiblement. L'amélioration continua le lendemain, et le septième jour, c'est-à-dire vingt-quatre heures après le début de la cautérisation, toute fièvre et tout symptôme inflammatoire avaient cessé. La plaie cautérisée parcourut les périodes ordinaires, et la guérison s'accomplit promptement. Il avait suffi d'agir sur le point de départ de l'érysipèle pour que celui-ci cessât immédiatement; l'influence de la médication fut aussi marquée que possible.

On peut avoir affaire à des cas beaucoup plus difficiles, soit par l'étendue et la profondeur de la plaie qui est la cause occasionnelle de l'érysipèle, soit par la surface que celui-ci occupe. On peut combiner alors avec avantage la cautérisation profonde de la plaie avec la cautérisation superficielle de la peau, ainsi qu'on le voit dans l'exemple suivant.

Obs. *Extirpation d'une tumeur squirrheuse du sein et de glandes nombreuses dans le creux de l'aisselle; érysipèle traumatique; cautérisation du fond de la plaie et emploi de la pommade au nitrate d'argent; guérison.* Le 11 octobre 1847, j'enlevai à une dame de cinquante-six ans, extrêmement grasse, une tumeur volumineuse du sein et six glandes squirrheuses que je fus obligé de chercher dans le fond du creux de l'aisselle. Je réunis la plaie par première intention à l'aide de la suture entortillée. Dès le commencement du troisième jour, je reconnus une rougeur érysipélateuse au-dessous de l'aisselle. Dans le cours du quatrième jour, un érysipèle, parti des bords de la plaie, se manifesta dans tout son contour, avec le caractère de vives douleurs et de rougeur limitée, qui est propre aux érysipèles traumatiques. Effrayé de ces accidents, et les attribuant à l'absorption de matières putrides qui séjournaient dans le fond de la plaie, je n'hésitai point à enlever les épingles qui faisaient adhérer les bords de la solution de continuité et à cautériser avec le crayon de nitrate d'argent, préalablement mouillé, les deux

angles de la plaie qui étaient béants, et toutes les parties de peau envahies par l'érysipèle. Le cinquième jour, celui-ci s'était étendu à une partie du dos; toutes les adhérences s'étaient spontanément détruites. Je crus devoir alors cautériser toute la surface de la plaie, et j'y plaçai, de distance en distance, de petits morceaux de pâte de chlorure de zinc qui, dissous par la suppuration, devaient agir sur toute la solution de continuité.

Le sixième jour, l'érysipèle marchant toujours, et la plaie sécrétant des matières putrides, je continuai la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, et je fis faire deux fois par jour des frictions avec la pommade de nitrate d'argent (4 grammes de nitrate pour 30 grammes d'axonge) sur toutes les parties frappées d'érysipèle. La presque totalité des téguments de la face postérieure du tronc était alors envahie. Le septième jour, aucun succès ne paraissant couronner nos efforts, on pouvait croire que la méthode que j'employais était aussi inutile qu'étrange. Je n'en persistai pas moins à la mettre en pratique. Les cautérisations précédentes me paraissant insuffisantes, je fis une nouvelle application de pâte de chlorure de zinc pour dessécher le fond de la plaie et faire cesser la décomposition putride dont elle était le siége.

A partir du huitième jour, l'érysipèle, qui s'étendait de la nuque à la partie supérieure des fesses, fut arrêté dans sa marche envahissante, et je pus suspendre les cautérisations. Dans le cours de la deuxième semaine, quelques légères rougeurs se manifestèrent de nouveau aux environs de la plaie, mais elles n'eurent aucune importance, et furent rapidement guéries par les onctions avec la pommade au nitrate d'argent. On peut dire que dès le huitième jour l'érysipèle traumatique était définitivement arrêté.

L'emploi des moyens locaux fut secondé par trois purgations, qui déterminèrent l'évacuation de matières très-fétides.

Tant que dura le traitement que je viens d'indiquer, c'est-à dire, du troisième au huitième jour, la puissance de la méthode parut complétement nulle, et il fallut toute la conviction dont j'étais animé pour continuer la cautérisation, sous les yeux étonnés du médecin ordinaire de la malade. Quoi qu'il en soit, le résultat finit par répondre à mes espérances. La pommade de nitrate d'argent, conseillée par M. Jobert, me parut d'une remarquable efficacité; elle fut un complément très-utile de la cautérisation faite sur le fond de la plaie avec la pâte de chlorure de zinc.

Il est des cas malheureusement trop nombreux dans lesquels l'érysipèle traumatique fait de rapides progrès, et n'est arrêté ni par le nitrate d'argent, ni par les cautérisations profondes de la plaie. Que faire alors si les jours du malade sont menacés? il faut recourir à la cautérisation par le fer rouge.

Cette cautérisation, déjà conseillée par Pelletan, à la fin du dernier siècle, a été mise en pratique dans celui-ci par M. Larrey. Cet auteur a cité, dans sa Clinique chirurgicale, deux observations très-remarquables de succès obtenus par des boutons de feu appliqués en grand nombre sur la surface érysipélateuse, et il a insisté sur les avantages de cette énergique médication. L'inutilité de moyens moins effrayants et la gravité des accidents m'ont engagé à y avoir recours dans le cas que je vais citer. C'est le seul où j'aie fait usage du fer rouge pour l'érysipèle traumatique; il me fait regretter de n'avoir pas été plus hardi dans plusieurs circonstances analogues.

Obs. *Section du sphincter dans une fissure à l'anus; érysipèle traumatique*

emploi inutile de la cautérisation de la plaie par le chlorure de zinc, et de l'érysipèle par le nitrate d'argent ; boutons de feu ; gangrène des bourses ; cautérisation de ces parties par le chlorure de zinc ; accidents graves : guérison. Le 20 mars 1846, j'opérai une fissure à l'anus par la section du sphincter, suivant la méthode Boyer. L'incision fut profonde et pénétra de 4 centimètres au-dessus de l'ouverture anale. L'étendue que je lui donnai était nécessaire pour diviser complétement le sphincter hypertrophié. Dans le milieu du jour, il y eut une hémorrhagie qui s'arrêta d'elle-même, après avoir duré deux heures environ. Quatre jours après l'opération, trouvant que la plaie était couverte de caillots fétides, que tout son pourtour était dur, gonflé et douloureux, et qu'il paraissait disposé à un érysipèle, je fis sur le lieu de l'incision une application de pâte de chlorure de zinc qui fut laissée en place pendant douze heures. Toute fétidité disparut de ce moment, et l'état des parties qui entouraient la plaie parut s'améliorer; mais le lendemain, un érysipèle se développa sur la face interne de la fesse du côté gauche; il formait une saillie rouge et douloureuse, dont la ligne de démarcation avec la peau saine était parfaitement tranchée. Je cautérisai toute sa surface avec le nitrate d'argent.

Malgré cette cautérisation, il s'étendit en vingt-quatre heures de 10 centimètres à peu près. Le 26 mars, nouvelle cautérisation, nouveaux progrès du mal. Une troisième cautérisation, faite le 27, ayant été encore sans résultat, j'abandonnai ce moyen, et je recouvris toute la surface des parties malades avec des compresses trempées dans le vinaigre camphré. En même temps j'administrai deux bouteilles d'eau de Sedlitz, à deux jours d'intervalle. Ces moyens, comme il arrive d'ordinaire, ne produisirent aucun résultat; l'érysipèle gagna d'abord les deux fesses, puis il s'étendit aux bourses et fit le tour du bassin. Il se prolongea en même temps aux deux cuisses et aux lombes, de telle sorte que le malade ne pouvait se coucher sur aucune partie, sans ressentir de vives douleurs. A cet état local se joignait de la diarrhée, une fièvre brûlante, un peu de délire et une altération si profonde dans les traits, que nous pensâmes, M. le docteur Delocre et moi, que la mort était inévitable, si le mal n'était pas arrêté dans son cours.

Le 1er avril, sept jours après le début de l'érysipèle, nous nous décidâmes à employer la cautérisation avec le fer rouge. L'érysipèle s'étendait alors du milieu des deux cuisses à la troisième vertèbre lombaire ; il occupait tout le contour du tronc, à l'exception de la face antérieure. Les parties érysipélateuses étaient le siége d'une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire ; j'appliquai plus de soixante boutons de feu sur la surface de cet immense érysipèle. En tenant compte des intervalles de repos rendus nécessaires par les plaintes du malade, l'opération dura près de trois quarts d'heure. Il est aisé de comprendre tout ce qu'elle eut de cruel pour le malade, et de pénible pour l'opérateur. Dès le lendemain, l'amélioration fut appréciable; l'érysipèle ne fit plus que des progrès à peine sensibles.

Cependant, tandis que la cautérisation arrêtait en partie la marche envahissante de l'érysipèle traumatique, les bourses étaient frappées de mortification. Le 2 avril, la teinte noire de la peau, jointe à la cessation des vives douleurs qu'avait ressenties le malade, ne nous permit pas de douter de l'existence de la gangrène. Cinq jours furent employés à détruire la peau et le tissu cellulaire des bourses par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc. La gangrène fut arrêtée par ce moyen, et à partir du 8 avril, nous

pûmes considérer la vie du malade comme sauvée. Il est inutile d'entrer ici dans tout le détail des symptômes que présenta sa longue convalescence ; il suffira de dire que les boutons de feu ne produisirent nulle part une plaie profonde, et que les parties brûlées se desséchèrent comme si l'épiderme eût été seulement atteint. Ce ne fut qu'à la fin d'avril que les escarres des bourses se détachèrent complètement.

Les faits que je viens de citer sont les seuls dans lesquels j'aie employé la cautérisation pour arrêter l'érysipèle traumatique dans sa marche envahissante. Le résultat, comme on le voit, a été constamment favorable ; il le sera sans doute dans les cas analogues, si l'on proportionne, comme je l'ai fait, l'énergie et l'étendue de la cautérisation à la gravité de l'érysipèle. Il faut porter celle-ci sur la plaie jusqu'au point d'y détruire toute putridité, toute odeur fétide, et après avoir ainsi enlevé à l'absorption les matériaux qui, infiltrés dans les tissus, paraissent être la cause de l'inflammation qui se propage au loin, il faut fixer et limiter l'érysipèle dans les parties qu'il a déjà envahies en les cautérisant avec le nitrate d'argent ou avec le fer rouge. Ces moyens locaux n'excluent point les remèdes internes et spécialement les éméto-cathartiques qu'indique ordinairement l'état des premières voies. Mais ces évacuants ne peuvent faire que la partie accessoire du traitement; la cautérisation est la seule méthode sur laquelle on puisse vraiment compter.

REVUE GÉNÉRALE DU TRAITEMENT DES FRACTURES.

Depuis quelques années surtout, l'étude et le traitement des fractures sont l'objet de recherches aussi nombreuses que variées. En présence des travaux infinis dont ce sujet a été la source, il semblerait cependant que la science et la pratique devraient avoir atteint toute la perfection désirable. Il n'en est rien pourtant, et, soit attention plus grande des observateurs, soit rigueur plus considérable des médecins, soit enfin cet esprit de doute qui naît de la lecture des annales de notre art, cette vaste partie de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicales a été et se trouve incessamment revue, modifiée de diverses manières.

Quand on considère, en effet, d'une part, l'état de la chirurgie touchant les fractures, et dont l'ouvrage du célèbre professeur Boyer nous donne la fidèle expression ; et de l'autre, les idées émises par Sauter, Mayor, Seutin, Velpeau, Malgaigne, Jobert de Lamballe et une foule d'autres auteurs d'un grand mérite, on se demande à quels principes on doit s'arrêter maintenant. Ce besoin de la pratique médicale, nous l'avons senti fortement, et nous nous sommes proposé de le satisfaire en consignant ici ce que nos observations prolongées dans les hôpitaux nous ont permis de conclure.

Le traitement des fractures comporte les trois indications générales que l'on retrouve dans celui de toutes les lésions physiques ou mécaniques dont le corps humain peut être atteint. Plaie ou hernie, luxation ou fracture, il faut replacer les parties dans leurs rapports normaux, les y maintenir tout le temps nécessaire à leur réunion ; enfin, prévenir ou dissiper les complications. Examinons de nouveau ces trois conditions du problème thérapeutique.

Et d'abord, la *réduction* des fractures a subi peu de modifications de nos jours; toutefois, elle est opérée peut-être d'une manière plus simple et moins douloureuse. Les mains d'aides et celles du praticien suffisent, dans presque tous les cas, pour replacer les fragments dans leurs rapports naturels. Très-rarement l'on a recours à ces tractions énergiques et encore moins aux moyens mécaniques dont les auteurs du siècle dernier ont vanté bien des fois l'application. Rarement les débridements, les résections sont nécessaires pour arriver au résultat désiré. On a, d'ailleurs, maintenant une ressource précieuse pour surmonter les plus grands obstacles à la réduction des fractures, lors même que les bouts de l'os brisé sont passés à travers les parties molles qui les étranglent. Les inhalations anesthésiques, et celles de chloroforme en particulier, amènent un relâchement suffisant de tous les tissus pour permettre la rentrée des portions osseuses déplacées.

A moins d'une circonstance implicite, on se presse beaucoup moins aujourd'hui d'opérer la réduction. Loin de croire à la nécessité de replacer les fragments dans leur contact normal aussitôt après l'accident, les chirurgiens de nos jours sont persuadés qu'on peut attendre un septénaire et même davantage sans contrarier le succès de la consolidation. Convaincus que l'irritation et l'inflammation des tissus voisins, cause des obstacles ordinaires à la réduction, se dissiperont en une semaine environ, ils combattent avec soin ces complications morbides avant de s'efforcer d'obtenir la coaptation. Ces principes thérapeutiques sont basés non-seulement sur des résultats avantageux et multipliés, mais encore sur des recherches d'anatomie pathologique pleines d'enseignements précieux. L'étude de la formation du cal, depuis J. Hunter, Duhamel, Dumonceau, Howsiph, Dupuytren, Breschet, Flourens, etc., a démontré non-seulement que le cal passait par des phases variées d'organisation, mais encore que celle-ci s'opérait vers le cinquième jour chez les enfants, vers le douzième jour chez les adultes, et vers la troisième semaine chez les vieillards. Pourquoi donc, avant ces époques respectives, s'évertuer à pratiquer la réduction dans les cas difficiles? pourquoi faire des opérations douloureuses, et parfois pleines de dangers, alors que le résultat thérapeutique peut être obtenu

au moyen tantôt de l'anesthésisme et tantôt d'une sage expectation ?

Du reste, la réduction n'est pas la partie du traitement des fractures sur laquelle les incertitudes de la pratique demandent le plus à être fixées : la *contention* est certainement bien plus importante et bien plus controversée de nos jours. La diversité des opinions et de la conduite des chirurgiens à cet égard nous paraît provenir en partie de la manière d'envisager la valeur et l'utilité des appareils pour remplir les indications thérapeutiques. Il est peu de maladies qui aient donné lieu à de plus nombreux remèdes, à des moyens plus divers. Les fractures sont tellement variées dans leurs conditions locales et générales, que les bandages, les appareils, les instruments les mieux conçus d'abord, ont dû échouer en présence de nouveaux cas et dans des mains différentes.

Il nous paraît que les hommes de l'art considèrent trop exclusivement les moyens thérapeutiques et pas assez les méthodes qui doivent en diriger l'emploi dans la plupart des circonstances. Ce n'est pas tant un remède qui, en général, amène un résultat heureux que la manière de l'appliquer suivant le but thérapeutique. Dans le traitement des fractures, le chirurgien doit moins se préoccuper des appareils à mettre en usage que du mode par lequel il doit obtenir une bonne consolidation. En présence, je suppose, d'un cas où les fragments ont la plus grande tendance à se déplacer, on reconnaît la nécessité d'exercer des tractions permanentes et selon le cas actuel. Ce fait bien constaté, il est facile de choisir ou de fabriquer soi-même un appareil aussi simple que possible et avec les objets que les circonstances vous présentent sous la main. Alors, l'homme de l'art ne croit plus à l'absolue nécessité d'employer le bandage de Desault pour une fracture de la clavicule, celui de Boyer pour la brisure du col fémoral, celui de Dupuytren pour une division du péroné, etc. Il voit le but, le mode général du traitement, et met en usage ce que les lieux et les personnes lui permettent le plus aisément d'appliquer.

A notre avis, il faut donc s'attacher surtout aux méthodes, et beaucoup moins aux moyens de traitement; comprendre les indications générales de la plupart des fractures, et apprécier ainsi à leur juste valeur les bandages et les appareils trop multipliés et trop souvent modifiés. En observant attentivement les nombreux faits passés sous nos yeux, nous avons remarqué que l'on peut admettre les méthodes thérapeutiques suivantes pour les fractures. Tantôt les bouts osseux tendent à rester en contact pendant tout le temps exigé pour la consolidation ; toute traction, toute pression, toute action enfin un peu puissante de la part du praticien devient inutile et même souvent dangereuse. Les cas de ce genre sont loin d'être rares ; les fractures du

crâne, de la face, des vertèbres, des extrémités de la clavicule, du sternum, des côtes ; les divisions transversales du corps de l'humérus, du tibia, du péroné et de plusieurs autres parties viennent se ranger dans cette catégorie. Il suffit alors de laisser les parties presque livrées à elles-mêmes, en faisant éviter les secousses considérables ; il suffit de l'application de simples moyens contentifs pour obtenir une apposition régulière et permanente des bouts osseux et la consolidation désirée.

Sous cette même indication majeure de traitement viennent se ranger la plupart des fractures compliquées de plaies étendues, d'esquilles, d'escarres ou d'autres accidents qui réclament des pansements fréquemment répétés. Enfin, l'on doit y comprendre les cas où l'impuissance de l'art est telle, que, malgré le nombre des moyens successivement préconisés et abandonnés, l'expérience conduit à abandonner le résultat curatif presque aux seuls efforts de la nature. Dans toutes ces circonstances, le but que le clinicien a en vue, l'objet qu'il veut remplir pendant le traitement, est de se confier à la tendance naturelle des parties, et de favoriser cette disposition satisfaisante à l'aide de moyens simplement contentifs : telle est la méthode que nous appelons la *contention simple*.

Déjà Sabatier et Ledran, au sein de l'Académie de chirurgie, et plus tard, A. Cooper, Anthaume, Chaussier, etc., l'avaient préconisée pour le traitement des fractures du col du fémur; Flajani, Richerand, etc., pour celles de la clavicule ; et nous l'avons maintes fois vu mettre en usage dans plusieurs services des hôpitaux de Paris. Mais personne n'a appliqué cette méthode avec plus de soin et d'étendue que M. le docteur Jobert de Lamballe. L'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis se contente, pour *toutes les fractures*, de maintenir les deux extrémités du membre blessé au moyen de simples lacs sans mettre aucun bandage autour du lieu fracturé. Persuadé que les différents bandages contrarient la consolidation, et que les muscles finissent par se mettre dans le relâchement, M. Jobert laisse ses malades au lit sans les soumettre à l'usage des appareils si généralement employés. Ainsi nous avons vu traiter des fractures de la clavicule, du col et du corps de l'humérus, des os de l'avant-bras, du col et de la diaphyse du fémur, de la rotule, etc.

Les résultats que nous avons pu observer dans les salles de cet habile opérateur ont singulièrement modifié nos idées sur la nécessité des bandages et appareils, sur les tractions musculaires comme obstacles à la coaptation prolongée. Sans doute, tous les cas cliniques ne nous ont point offert un résultat parfaitement irréprochable ; mais du moins

ils étaient pour la plupart tout aussi satisfaisants que ceux obtenus à l'aide des ressources fatigantes et parfois nuisibles ordinairement employées en pareilles circonstances.

Toutefois, quoique les faits soumis à notre examen nous aient démontré la possibilité d'étendre les applications de la méthode de la contention simple, nous sommes loin d'embrasser entièrement l'enthousiasme du savant chirurgien de Saint-Louis. La nécessité où sont les malades de rester immobiles au lit pendant un ou deux mois n'est pas sans inconvénients et même sans dangers, surtout pour les personnes très-faibles ou avancées en âge. Sans doute, les fractures du membre pelvien comportent un pareil assujettissement, au moins dans la plupart des cas ; il n'en est pas de même pour celles des membres thoraciques qui ne contre-indiquent pas la marche si utile bien des fois. Nous ne croyons pas davantage que la présence d'un bandage autour de la partie blessée contrarie la formation régulière du cal. Les anciens, les Arabes, les arabistes, il est vrai, croyaient faussement pouvoir façonner la substance du cal et lui donner une forme voulue, à la faveur des circulaires autour du lien fracturé ; un bandage mal appliqué ou trop fortement serré peut gêner, dévier ou empêcher l'organisation plastique ; mais un appareil ordinaire et convenablement disposé n'a point cette fâcheuse influence : trop de faits viennent le prouver journellement.

On peut, du reste, atteindre le but de la contention simple, tout en permettant aux malades de se livrer à l'utile exercice d'une marche modérée. Les appareils ordinaires, composés d'une bande roulée autour du membre lésé, de paillassons et d'attelles, maintiendront suffisamment l'extrémité thoracique dont les os auront de la tendance à rester en contact, et permettront aux sujets de quitter le lit après le premier ou le second septénaire. Dans les cas de ce genre, l'emploi des mouchoirs et des moyens de déligation, si bien exposés par Mathias Mayor, pourront avoir une utile application.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LE COMMERCE DES SANGSUES.

Peut-on soumettre à des règlements particuliers le commerce des sangsues ? Ce commerce ne doit-il pas être libre comme tous les autre

Y a-t-il inconvénient à laisser vendre des sangsues gorgées? Peut-on s'opposer à cette vente? Est-il prudent d'employer des sangsues après qu'elles ont été dégorgées? N'y a-t-il aucun danger à cet emploi? — Telles sont les questions qui ont été soumises par l'autorité à l'Académie de médecine. L'Académie, par l'organe de sa Commission et de son rapporteur, M. Soubeiran, a exprimé l'avis qu'il faut soumettre le commerce des sangsues à des mesures réglementaires; la liberté illimitée, dans le passé, ayant fait presque entièrement disparaître les ressources du présent.

L'importance toute pratique de ces questions nous fait un devoir de reproduire en résumé les principaux points traités dans le remarquable rapport de M. Soubeiran.

Quelles sont les espèces de sangsues qu'il peut être permis de vendre pour l'usage de la médecine? A côté de la sangsue marchande et médicinale, appartenant exclusivement au genre hirudo, et dont les espèces principales sont la sangsue grise et la sangsue verte avec leurs nombreuses variétés de robes s'en trouvent d'autres, qui ne sont pas toujours bien définies. Au premier rang est la sangsue truite ou dragon (*h. troctina*), de Sardaigne et d'Afrique. Elle rend de bons services à la médecine; mais dans nos climats, elle souffre pendant les mois de chaleur; elle est alors moins propre à la succion et périt en grand nombre.

Plusieurs espèces se trouvent sans doute confondues aussi parmi les sangsues que le commerce désigne sous le nom de sangsues bâtardes, qui abondent dans plusieurs de nos départements. Il faut y compter des variétés brunes, blondes, claires; le commerce y range les sangsues dites demoiselles ou flenries, et les sangsues qui sont apportées de Syrie. En général, les sangsues qui sont désignées sous le nom de bâtardes prennent plus difficilement, font des blessures moins profondes et tirent moins de sang. Pour quelques-unes d'entre elles, au moins, cette infériorité est liée à un caractère anatomique. Elles ont les mâchoires situées plus profondément.

Malgré cette infériorité réelle, la Commission ne propose pas de proscrire la vente de ces sangsues, parce qu'elles peuvent encore être employées utilement.

La distinction de la sangsue médicinale, telle que la Commission la propose, exclut les sangsues qui proviennent de genres voisins, et que l'on a accusé le commerce de mélanger avec les sangsues officinales. Si jamais l'aulassome vorace (*aulassoma gulo*) y a été trouvée, le hasard seul a pu l'y faire rencontrer : sa couleur, souvent différente, l'absence des bandes régulières, le refus de se ramasser en olive, sont des caractères qui servent à la déceler. La sangsue de cheval, ou sangsue poin-

tue (*hæmopis vorax*), s'est rencontrée parfois dans les sangsues du commerce ; mais sa forme arrondie, la différence de teinte de sa robe, et surtout l'extrême flaccidité de son corps, ne permettent guère de la confondre un instant. Quant aux néphélis que l'on a prétendu avoir été livrées pour des sangsues médicinales, il suffira de rappeler que ces annélides meurent quand on les tient hors de l'eau pendant quelques instants.

La grosseur des sangsues est un caractère qu'il faut prendre en grande considération. Voici les renseignements que donne à cet égard M. J. Martin.

Sangsues.	Poids.	Sang tiré.
Vaches	4,05 à 12,00 grammes.	» grammes.
Grosses 1ers choix. .	2,05 à 3,00	16,00
Grosses moyennes .	1,12 à 1,25	8,35
Petites moyennes .	0,62 à 0,75	3,03
Filets.	0,38 à 0,45	1,09

L'École de Pharmacie a demandé l'interdiction de la vente des sangsues vaches et des filets, ou, en termes plus précis, des sangsues pesant moins de 2 grammes ou plus de 6 grammes ; se fondant sur ce que les filets sont trop petits pour produire un effet utile qui compense le grave inconvénient de la dépopulation qui résulte de leur pêche ; et sur ce que les vaches font des blessures trop grandes, dont on arrête difficilement le sang, et surtout parce que ce sont des sangsues plus avancées en âge et plus aptes à la reproduction. Cette mesure, adoptée par toutes les Sociétés de médecine et de pharmacie des départements, est également proposée par la Commission.

De la vente des sangsues gorgées. La vente des sangsues gorgées de sang doit être interdite, parce qu'une sangsue gorgée a perdu son appétit ordinaire, qu'elle attaque peu volontiers la peau des malades, qu'elle est repue bientôt, et tombe sans avoir produit tout l'effet que le médecin avait droit d'en attendre. Il est, à cet égard, un caractère que chacun peut apprécier sur l'heure et avec facilité : que, saisissant une sangsue par son extrémité anale, on la lamine en quelque sorte en la passant entre le doigt index et le pouce, le sang déposé dans les cellules stomacales refluera vers la bouche et y fera naître un bourrelet ; un effort de plus, et le sang coulera par la ventouse antérieure de l'animal.

De la pêche des sangsues. D'après l'avis unanime des préfets qui demandent que la pêche des sangsues soit soumise à des conditions restrictives, si l'on ne veut arriver bientôt à une destruction complète

ct irréparable, la Commission émet l'opinion suivante : défendre la pêche des sangsues pendant les mois de l'année où se font l'accouplement et la ponte. L'époque en est différente au midi et au nord ; en conséquence, une loi ne pourrait la préciser ; elle devra laisser à l'autorité locale le soin de la fixer par une ordonnance particulière.

La pêche des sangsues au-dessous de deux grammes, celle des sangsues qui pèsent plus de six grammes doivent être défendues. Cependant, comme en quelques circonstances la vente des filets et des sangsues vaches peut être utile pour repeupler des marais, elle ne devrait pas être interdite d'une manière absolue : il suffirait qu'elle ne pût être faite qu'après une autorisation du préfet, précisant la quantité des sangsues qu'il serait permis d'enlever et la destination de ces sangsues.

Cette restriction n'ayant pas paru suffisante, d'après l'avis exprimé par les médecins et les pharmaciens de plusieurs départements, pour obvier à la destruction croissante des sangsues, la Commission, prenant en considération les présomptions que l'on a sur le temps nécessaire à la croissance des sangsues, propose de demander l'interdiction absolue de la pêche des sangsues pendant dix années.

De la reproduction des sangsues. Trois moyens principaux se présentent pour atteindre ce but : la multiplication naturelle des sangsues dans les marais, favorisée par les mesures précitées et l'augmentation de cette souche primitive par une association de sangsues étrangères ; le repeuplement des étangs aujourd'hui dévastés, la création de réservoirs nouveaux, en profitant de mares ou de marais où les sangsues ne se sont pas montrées, ou en établissant de toutes pièces des réservoirs artificiels.

Les réservoirs naturels ou artificiels pour la reproduction des sangsues ont besoin d'être vastes (60 à 70 mètres carrés, pour 20 à 30 mille sangsues). On préférera les réservoirs naturels, si on peut les installer à peu de frais. Il faut commencer par les mettre à sec, les débarrasser des racines qui en garnissent le fond, en enlever avec grand soin les sangsues noires (aulastoma gulo) que l'on pourrait y rencontrer.

Les réservoirs ont besoin d'être exposés au soleil, excepté dans le Midi, où il faut, au contraire, préférer l'exposition du nord.

Le fond de l'étang doit être formé par une terre douce et argileuse, pour que les sangsues puissent s'enfoncer dans la vase ; les fonds de tourbe sont aussi favorables. L'eau doit être assez peu profonde pour que le soleil puisse la réchauffer. Cependant, il est nécessaire qu'il y ait une certaine profondeur sur quelques points, afin que les

sangsues y trouvent un refuge pendant les mois de sécheresse ou pendant les grandes gelées. Il est bon que, de distance en distance, le sol se relève en îles couvertes d'herbes, sur lesquelles les sangsues se promènent plus à l'abri des ennemis qui les poursuivent.

Une eau trop courante ne vaut rien, mais il est bon qu'elle se renouvelle lentement. Les sangsues réussissent encore très-bien dans les eaux stagnantes, pourvu qu'il y pousse en abondance des plantes aquatiques qui la purifient ; mais ce qu'il faut chercher surtout à réaliser, c'est un niveau constant, sans quoi les cocons déposés sur les bords sont détruits par la sécheresse ou par les inondations.

Enfin, deux autres précautions importantes à prendre sont d'élever les bords de l'étang en un talus peu incliné, afin que les sangsues sortent librement pour y déposer leurs cocons, et de l'entourer d'un petit mur dans le double but d'empêcher l'émigration des sangsues et l'accès de leurs ennemis.

Faut-il abandonner les sangsues à elles-mêmes, et laisser au temps le soin de les multiplier, ou bien faut-il, par une nourriture abondante, pousser à la production et hâter leur croissance ? Dans ce dernier cas, quelle est la nourriture qui convient aux sangsues ? Les opinions à cet égard sont partagées. On croit vulgairement que le sang est la nourriture habituelle des sangsues. Cependant quelques observateurs pensent, et cela paraît être l'opinion des pêcheurs, que les plantes peuvent fournir un aliment aux sangsues. M. Soubeiran considère comme plus probable que les sangsues se nourrissent des animaux des classes inférieures, dont le corps mou n'oppose pas de résistance à leurs faibles moyens de déglutition, tels que les vers, les mollusques , les naïs en particulier ; les grenouilles et les poissons, lorsqu'ils sont petits. Quant aux animaux à sang rouge et chaud, ce n'est que par exception et accidentellement, comme on le sait, que les sangsues peuvent s'en procurer le sang ; et la lenteur avec laquelle elles le digèrent est telle, qu'on a pu croire qu'il leur était plus nuisible qu'utile. Cependant des observations nombreuses et bien faites prouvent que les sangsues gorgées du sang des animaux à sang chaud prennent un accroissement rapide et sont plus propres à la reproduction. Voici un fait, entre autres, qui a une valeur tout à fait démonstrative :

En Brenne (département de l'Indre), où existe une population de pêcheurs de sangsues, les marchands ont des réservoirs de 4 mètres carrés, de 60 à 70 centimètres de profondeur, alimentés par un cours d'eau. Ils y établissent un fond d'argile couvert de gazon. Il s'agit de rendre marchandes les sangsues qui n'ont pas encore atteint la taille

voulue. Les marchands prennent du sang des animaux tués à la boucherie, l'apportent encore chaud, et le partagent dans des terrines où ils ont placé les sangsues. Quand celles-ci sont gorgées, on les porte dans les réservoirs où elles dégorgent une partie du sang, et, sous l'influence de ce régime, elles grossissent en peu de temps. A défaut d'une quantité de sang chaud suffisante, les marchands ont recours à un autre procédé, qui consiste à mener au marais de vieux chevaux ou de vieux ânes hors de service, aux dépens desquels les sangsues se repaissent.

On ne vend les sangsues que quand elles ont digéré et qu'elles sont vides de sang. Si elles en rendent quand on les presse, on les remet en marais. En quelques jours elles ont repris la même avidité.

Il est donc hors de doute que le sang des mammifères est un aliment favorable au développement et à la bonne reproduction des sangsues. Aussi la Commission appuie-t-elle le vœu émis par plusieurs départements qui demandent que le gouvernement enjoigne aux établissements hospitaliers de faire servir les sangsues gorgées à repeupler les marais épuisés, ou à établir des réservoirs de reproduction.

De l'emploi des sangsues qui ont servi. Est-il prudent d'appliquer à un malade les sangsues qui ont servi à un autre? ou, en d'autres termes, une sangsue qui a été bien dégorgée après son emploi, peut-elle, sans danger, être appliquée de nouveau? car il ne s'agit évidemment ni d'employer des sangsues contenant actuellement du sang, ni d'appliquer sur un malade une sangsue qui vient de mordre sur un autre. La question ainsi posée, bien qu'elle ait été vivement controversée et par des autorités également respectables, semble ne devoir plus trouver de contradiction. En effet, les témoignages abondent pour attester l'innocuité des sangsues après leur dégorgement. Pour ne citer que ce qui se passe à Paris, à l'hôpital du Midi ou à l'hôpital de l'Oursine, où les sangsues qui ont servi sont appliquées à de nouveaux malades, on n'a pas un seul exemple que l'état de ces malades ait jamais été aggravé par la moindre apparence d'infection. La pratique de presque tous les grands hôpitaux de France vient attester la même innocuité. On comprend, en effet, qu'il en doive être ainsi quand on sait que les sangsues bien dégorgées n'ont pas de sang qu'elles puissent dégorger dans la plaie; et qu'après quelques jours de conservation elles ont remplacé en totalité l'épiderme qui les recouvrait lors de leur première application.

Deux procédés sont mis en usage pour amener les sangsues qui ont servi à être propres à un nouvel emploi. On les vide de tout le sang qu'elles ont pris, ou bien on les dépose dans des réservoirs jusqu'au jour où elles l'auront digéré. Dans les hôpitaux de Paris, les sangsues sont laissées pendant un instant dans de l'eau salée, puis on les vide en les

pressant doucement entre les doigts, tandis qu'on les tient plongées dans de l'eau chaude. Huit jours de repos suffisent pour les remettre complétement; puis, après avoir été appliquées de nouveau, elles subissent parfois une deuxième et une troisième opération. Quand elles paraissent fatiguées, on les met dans de petits marais artificiels. Elles s'enfoncent dans la vase, s'y reposent et acquièrent une nouvelle vigueur. Avant d'aborder ce moyen, l'administration des hôpitaux a fait constater si la quantité de sang prise par les sangsues dégorgées est aussi grande que la quantité de sang tirée par les sangsues neuves. L'expérience faite par une Commission a prouvé que les sangsues dégorgées et reposées tirent autant de sang que les sangsues prises dans le commerce.

D'après les considérations développées dans le rapport, la Commission a proposé à l'Académie de prendre les résolutions suivantes :

Demander à M. le ministre du commerce qu'il veuille ordonner les mesures propres à favoriser la multiplication des sangsues en France, et à empêcher la vente des sangsues gorgées ou de mauvaise qualité ; à cet effet :

1° Défendre la vente des sangsues gorgées dans toute la France, soumettre les vendeurs à une pénalité sévère ;

2° Obliger ceux qui font le commerce des sangsues à désigner sur leurs factures la variété des sangsues dont ils font livraison ;

3° Interdire la pêche des sangsues pendant les mois de l'accouplement et de la ponte, en laissant à chaque préfet le soin de fixer l'époque de la pêche dans son département ;

4° Interdire la pêche et la vente des sangsues pesant moins de 2 grammes ou plus de 6 grammes ;

5° Autoriser cependant la vente où la pêche de ces sangsues, par exception, quand elles seront destinées à peupler des réservoirs ; mais ne l'autoriser que par une décision du préfet, faisant connaître la quantité de ces sangsues et leur destination ;

6° Par une mesure transitoire, interdire la pêche des sangsues en France pendant six ans ;

7° Faire une obligation aux hôpitaux de déposer les sangsues qui ont servi dans des réservoirs assez vastes pour qu'elles puissent s'y dégorger et y multiplier.

MÉLANGE HYDRARGYRÉ POUR FUMER.— CIGARETTES MERCURIELLES.

Il y a trois ou quatre ans, le docteur Bernard a fait connaître une formule de cigarettes mercurielles ainsi faite :

Bichlorure de mercure......	0,04
Extrait d'opium...........	0,02
Tabac privé de nicotine.....	2,00

On enlève la nicotine au tabac par plusieurs macérations dans l'eau acidulée, on lave ensuite avec de l'eau pure, on fait sécher les feuilles, on les incise, on leur ajoute les deux autres substances dissoutes, on fait sécher encore, et on roule le mélange en cigarettes dans du papier.

Depuis, MM. Trousseau et Pidoux ont proposé de préparer les *cigarettes mercurielles* de la manière suivante : on étend sur du papier, avec un pinceau, un soluté *titré* de bichlorure de mercure qu'on laisse sécher, puis on étale par-dessus un soluté de nitrate de potasse, on laisse sécher encore, et l'on roule le papier ainsi préparé en cigarettes.

Ayant trouvé dans un n° de la *Lancette de Maurice*, la formule d'un *mélange hydrargyré pour fumigation par la pipe,* dont le sel mercuriel qui en fait la base est autre que dans les cigarettes ci-dessus, nous avons cru devoir la faire connaître. Elle est du docteur Duisabo :

Sulfure rouge de mercure pulvérisé. . .	60 grammes.
Opium pulvérisé.	8
Gomme arabique pulvérisée	60
Racine d'herbe à sergent, triturée comme du tabac haché	500

Faites dissoudre séparément la gomme et l'opium dans 300 grammes d'eau ; versez le soluté sur la racine que vous mouillez exactement : ajoutez immédiatement le sulfure, et mêlez avec soin. Etendez le mélange au soleil jusqu'à dessiccation.

Nous ne savons ce que l'auteur de cette formule entend par racine d'herbe à sergent. Dans les ouvrages assez nombreux que nous avons consultés à ce sujet, nous n'avons pu l'apprendre. Ne serait-ce pas une erreur typographique, et l'auteur n'aurait-il pas écrit racine d'herbe à serpent ? Mais en admettant pour vraie cette hypothèse, nous sommes tout aussi embarrassés, car les herbes dites à serpent sont nombreuses : l'ophioglose, la serpentaire, le cahinça et beaucoup d'autres plantes peuvent recevoir ce nom, et sont désignées par lui dans quelques ouvrages. Ne serait-ce pas la racine de l'*ophiorriza mungos*, plante gentianée de l'Inde, qui donne une sorte de sagou et dont la racine, ainsi que l'indique le nom botanique, passe pour l'antidote de la morsure de serpents ? Mais considérant que la substance en question

doit être considérée comme simple auxiliaire ou simple véhicule, que l'*ophiorrhiza mungos* n'existe pas dans les pharmacies en France, et, d'un autre côté, que les racines de serpentaire et de cahinça se prêteraient mal à la fumigation par la pipe, nous proposons, si ce mode de médication mercurielle est pris en considération, de substituer le tabac à fumer ordinaire, la stramoine, la belladone ou les feuilles hachées d'une plante inerte. Un peu de nitre pour faciliter la combustion ne serait peut-être pas inutile.

Nous ajouterons les données suivantes dont la *Lancette de Maurice* accompagne la formule du mélange hydrargyré.

Parmi les observations recueillies, nous reproduirons la suivante :

« Un noir, d'une forte constitution et adonné à la débauche, est pris d'une plaie vers une des ailes du nez. On ne fit d'abord aucune attention à cette plaie qui, prenant un caractère rongeur, lui entama successivement toute la région externe de cet organe, pénétra dans les narines, en détruisit la cloison, les cornets, enfin entama les os du nez ; puis, pénétrant dans la bouche par la voûte palatine, détruisit le voile du palais, les dents incisives et la lèvre supérieure.

« Certes, la cause de la maladie n'était pas une énigme. Toutes les préparations mercurielles ayant échoué, on soumit le malade à l'usage de la fumigation mercurielle. Une livre du mélange fut consommée, et le malade arriva à une guérison parfaite. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DES BONS EFFETS DE L'OPIUM DANS LA PÉRIODE ATAXIQUE DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES CHEZ LES IVROGNES.

Permettez-moi de vous présenter quelques remarques sur l'article intéressant publié dans votre excellent journal (t. XXXIII, p. 13), par M. Dauvergne, sous le titre : *De l'influence de l'habitude de l'ivrognerie sur l'ataxie, de la gravité de celle-ci, et de l'inefficacité du musc dans cette circonstance.*

Ayant étudié en Allemagne, et particulièrement à Berlin, où l'abus des spiritueux est énorme, et pratiquant depuis dix ans dans un pays de vignobles, où les ivrognes ne manquent pas, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer l'ataxie particulière qui survient facilement dan

le cours des maladies inflammatoires des personnes qui font abus des liqueurs spiritueuses.

Il y a deux espèces de buveurs ; les uns s'enivrent complétement de temps à autre à se faire ramasser dans la rue ; les autres sont habituellement entre deux vins, ou du moins surexcités par des spiritueux. On a constaté que les premiers étaient beaucoup moins sujets au delirium tremens, et par conséquent à l'ataxie, dans le cours de leurs maladies, que les autres.

L'ivrognerie est poussée à Berlin à un excès dont on ne peut avoir une idée en France. Les hommes de peine, et les portefaix en particulier, sont presque toujours ivres, et quelques-uns, ne trouvant plus l'eau-de-vie assez forte, boivent de l'esprit-de-vin du commerce et même en quantité énorme. Lorsque ces malheureux se font une lésion ou solution de continuité, le delirium tremens et une gangrène très-étendue, partant de la plaie, ne tardent pas à éclater ; aussi, dans les hôpitaux, on ne manque pas de leur faire prendre des rations d'eau-de-vie, ou, plus ordinairement, de fortes doses d'opium, pour prévenir ou arrêter ces accidents.—Si c'est une inflammation interne qui se développe chez eux, le delirium tremens, et par suite un collapsus ataxique, se montrent très-vite, mais surtout si les débilitants, tels que la saignée et les drastiques, sont employés avec un peu d'énergie.

Chez les buveurs de la seconde espèce, la seule cessation brusque de l'ingestion du stimulant alcoolique peut déjà faire éclater l'ataxie et le delirium tremens. Le remède efficace, je dirais presque infaillible, de cet état d'ataxie, n'est pas le musc, nervin diffusible, mais bien l'opium et les sels de morphine, narcotiques succédanés de l'alcool, et le remplaçant avec avantage. Je prends dans mes notes deux observations pour appuyer ce que je viens de dire.

Obs. 1. Abus habituel des boissons alcoolisées. Pleuropneumonie grave; saignée abondante, ventouses, vomitif; augmentation des accidents : délire, expectoration. Jus de pruneaux, prescription de l'opium; amélioration. Suspension de l'extrait thébaïque ; retour des symptômes fâcheux. Emploi soutenu des pilules opiacées; diminution rapide des accidents ; guérison. — Duvois (Samuel), conducteur de diligences, trente-six ans, sans être un ivrogne, boit souvent du vin et des liqueurs à toutes les heures du jour.

1847, 22 *août*. Il a monté hier, à pied, une longue côte, et, par un froid très-vif, s'est remis tout mouillé de sueur sur le devant de sa diligence; le soir, violent frisson et douleur pongitive atroce sous le sein droit ; le matin, vomissement abondant de bile, dyspnée, petite toux sèche, face ordinairement haute en couleur, maintenant rouge violet foncé ; pouls, 90, plein et mou; râle crépitant et craquement pleural dans le tiers inférieur du poumon droit; langue très-saburrale. Saignée d'une livre ; pas de couenne, caillot mou, flasque. Emétique en lavage.

Le 23. A peu vomi; langue encore plus boueuse, haleine fétide; hier et aujourd'hui crachats très-rouillés et mélangés de sang pur; pouls, 90, mou et petit; vomitif d'ipécacuanha; 25 ventouses sur le côté droit; reprendre ensuite l'émétique en lavage.

Obligé de m'absenter pendant quatre jours, je confiai Samuel à un confrère.

Le 27. Je le retrouve dans une fièvre violente; le point est redevenu excessivement douloureux; dyspnée et angoisse très-grandes; légers tremblements et souhresauts dans les mains; faiblesse extrême, face très-altérée; tantôt assoupissement, tantôt léger délire; le râle crépitant est monté jusqu'au tiers supérieur du poumon; pouls, 90, mou et très-petit. Sachant que Duvois buvait habituellement beaucoup trop de vin, je m'empressai de lui prescrire quatre pilules d'extrait d'opium (d'un grain chaque), à prendre dans les vingt-quatre heures, l'application de 25 ventouses et une infusion de digitale émétisée.

Le 28 (huit heures du matin). Se sent beaucoup mieux par la diminution de l'angoisse et de la dyspnée; expectoration peu difficile de crachats très-liquides, couleur de *jus de pruneaux* et striés de filets de sang rouge; râle trachéal à grosses bulles, très-bruyant; pouls, 80 à 85, très-petit. Doit continuer sa potion; on fera des frictions avec une demi-once d'onguent mercuriel sur la poitrine.—(Neuf heures du soir.) Le malade est beaucoup plus mal: facies presque hippocratique, anxiété et étouffement épouvantables, yeux hagards, tremblement des membres, volonté formelle d'aller dans son pays; pouls presque filiforme; sous la clavicule droite, pas de bruit vésiculaire, mais un souffle bronchique expiratif extrêmement fort, sans râle. Je le crus perdu. Une pilule de 1 grain et demi d'extrait d'opium, d'heure en heure, et, si ces symptômes graves cessent ou diminuent, une pilule de deux heures en deux heures.

Le 29. L'angoisse a cessé; peu de dyspnée; pouls, 100, plein, mou; expectoration très-abondante et très-facile de crachats couleur jus de pruneaux; pupilles très-contractées; il n'y a plus de délire. Continuer les pilules, une de quatre heures en quatre heures, et prendre une cuillerée d'une infusion d'ipécacuanha émétisée, de deux heures en deux heures.

Je fus encore obligé de faire un voyage de deux jours.

Le 31 (neuf heures du matin). Malgré mes recommandations pressantes, on a cessé de faire prendre de l'opium déjà le soir du 29. Samuel est de nouveau au plus mal; la dyspnée et l'angoisse, le délire, les tremblements et soubresauts, l'altération effrayante de la figure et la misérable faiblesse du pouls sont revenus. D'heure en heure une pilule d'extrait d'opium (1 gramme et demi par pilule), quatre fois de suite, puis une de trois heures en trois heures; décoction de polygala senega, additionnée de teinture de digitale. —(Cinq heures du soir.) Grande amélioration. Continuer les pilules de trois heures en trois heures, et faire plusieurs frictions sur le thorax droit avec 20 gouttes d'huile de croton.

Septembre. Mercredi 1er (neuf heures du matin). Narcotisme assez prononcé, sommeil continuel avec rêvasseries; pouls, 100, plein, mou, bien régulier; langue très-saburrale. Cesser l'usage de l'opium, prendre une pilule drastique et un verre d'eau de Seidschütz, une heure après. — (Cinq heures du soir.) Les frictions n'agissent pas. Appliquer un grand vésicatoire. Il a été ré-

veillé et n'a plus aucun des symptômes si inquiétants; il répond très-juste et reprend l'espoir d'être bientôt guéri. Doit prendre une pilule à huit heures, et plusieurs autres si le moindre symptôme nerveux se représente.

Le 2 (huit heures du matin). A dormi toute la nuit sans rêverie; ne tousse presque plus et ne crache que des mucosités blanchâtres; n'a ni dyspnée ni douleur; pouls, 90, plein, régulier; langue encore très-chargée, malgré les évacuations d'hier. Doit reprendre ce matin une pilule purgative et l'eau de Seidschütz, puis une pilule d'opium à une heure. — (Vers six heures du soir.) Se trouve si bien qu'il se dit guéri; les pupilles sont redevenues naturelles; pouls, 80. Soufre doré d'antimoine et une pilule d'opium à neuf heures. Le bruit respiratoire vésiculaire est revenu au bon tiers supérieur du poumon.

Le 3. Le mieux continue; pouls, 80; râle sous-crépitant, crépitant et muqueux dans presque toute l'étendue du poumon droit; aucune dyspnée et très-peu de toux; la langue commence à se nettoyer. Répéter la purgation; ce soir encore une pilule d'opium; soupes au gruau depuis trois jours; Samuel parle de boire du vin rouge.

Le 4. De mieux en mieux. Doit cesser de prendre de l'opium; peut manger et boire un peu de vin. Sa convalescence n'a duré que douze à quinze jours. Je l'ai revu souvent; il se porte très-bien et assure qu'il boit beaucoup moins.

Il est évident que l'opium a rendu dans ce cas les plus grands services, et que, si l'on avait continué à l'administrer pendant mon absence du 29 au 31 août, Duvois aurait été encore plus vite hors de danger.

Malgré ce moment de recrudescence, cette pneumonie, s'annonçant comme si grave, n'a exigé des soins assidus que pendant treize jours; il semble que l'opium a agi ici comme antiphlogistique et comme résolutif.

Obs. II. Usage trop fréquent des spiritueux. Pleuropneumonie droite: saignée, ventouses, purgatifs; loquacité, délire furieux. Prescription du laudanum: calme, sommeil, léger narcotisme, et bientôt après amélioration suivie de guérison. — Aufra (Frédéric), trente-huit ans, domestique de magasin chez un marchand de fers, n'est jamais ivre à être remarqué, mais il boit beaucoup, à toutes heures, avec les voituriers ou ouvriers avec qui il a affaire. Je ne me doutais nullement qu'il abusât des spiritueux, et je le croyais au contraire un homme sobre.

1842, 13 *mars*. Se plaint d'un point très-douloureux au côté droit de la poitrine, toux et oppression; matité à la partie inférieure du poumon droit et râle crépitant, sourd; pouls, 100, plein et dur; crachats rouillés; langue très-chargée. Saignée de 250 gram. et vomitif, puis 35 ventouses.

Le 14. Point diminué; il tousse peu; pouls encore dur et plein. Nouvelle saignée; le sang des deux saignées est couenneux. Emétique en lavage; vers le soir, beaucoup d'agitation et de loquacité.

Le 15. N'a pas dormi de toute la nuit; le point est plus douloureux qu'hier. Ventouses. 24. Crache peu et moins rouillé; continuer l'émétique. Vers le soir, agitation et loquacité intarissable, sans véritable délire ou hallucinations; pouls très-irrégulier, tantôt fréquent, plein et dur, tantôt ralenti, mou et petit. Potion purgative.

Le 16. Insomnie continue, agitation augmentée, pouls très-fréquent, mouvements des membres involontaires; toux et expectoration peu abondante.

Ce n'est que le 17 que je commençai à soupçonner l'existence du delirium tremens; la journée, et surtout la nuit suivante, fut très-mauvaise; le délire éclata, le malade eut des hallucinations de toutes espèces, fut sur pied toute la nuit, et il fallut deux hommes pour l'empêcher de faire du mal.

Le 18 (dix heures du matin). Je lui donne 25 gouttes de laudanum. Il s'endormit peu après et se réveilla à deux heures, mais encore dans le délire et avec les tremblements de membres. On lui donna 30 gouttes. A quatre heures il se réveilla, après avoir dormi paisiblement et sué abondamment; il est calme, ne délire plus, et n'a de douleur nulle part. Il prend encore 12 gouttes. A huit heures du soir, je le trouve dans un sommeil profond, la respiration lente, profonde, les pupilles très-resserrées, se réveillant facilement, répondant juste et se rendormant de suite. Ses parents, qui étaient autour du lit, le croyaient à l'agonie; je les rassurai en leur disant qu'il se réveillerait le lendemain beaucoup mieux.

Le 19. Il est encore passablement assoupi, mais parfaitement calme et raisonnable; il a craché beaucoup de glaires rouillées, et continue à expectorer abondamment, avec facilité. Usage de la décoction de polygala senega.

Dès lors, on donna encore quelques petites doses de laudanum. Les matières expectorées furent encore rouillées pendant deux ou trois jours. Je fis prendre du soufre doré d'antimoine avec le senega; l'appétit, le sommeil revinrent, et le 28 mars je pus le déclarer en pleine convalescence.

Le 24 janvier 1848, je fus mandé auprès de lui. Il avait le delirium tremens survenu brusquement, sans autre cause que des excès plus considérables, ou peut-être la très-froide température; cela durait depuis trois jours et augmentait progressivement. Il prit de l'opium en pilules et de la morphine en lavement, et était convalescent au bout de trois jours.

On sait que les accès de delirium tremens peuvent cesser le plus souvent sans qu'on fasse de traitement; mais, dans les maladies intercurrentes chez de pareils sujets, où l'ataxie se montre si promptement, l'expectation serait mortelle, et l'opium doit être donné le plus vite possible, puisque son action arrête sûrement l'ataxie. — Je préfère aussi, quant à moi, donner tout de suite à un dipsomane l'opium à hautes doses, dans un accès de délire, jusqu'au narcotisme le plus complet, plutôt que d'être obligé de le laisser faire du scandale trois ou quatre jours de plus. Dans mes deux observations de pneumonie, il est remarquable que l'ataxie a presque supprimé l'expectoration, ce qui aurait pu amener facilement l'asphyxie, et qu'aussitôt que l'opium eut agi, l'expectoration a recommencé avec d'autant plus d'abondance.

Dubois, D. M.
à Neufchatel (Suisse).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par L. A. Desmarres, *avec figures intercalées dans le texte ;* 1 vol. in-8°. Paris, Germer-Baillière. — 1847.

Malgré les nombreux et remarquables travaux dont l'ophthalmologie a été l'objet depuis un certain nombre d'années, cette branche de l'art de guérir est encore loin d'être suffisamment familière à la généralité des praticiens. Peut-être cela tient-il à la nature même de la plupart de ces travaux, conçus trop exclusivement au point de vue de la spécialité, et où l'élément pratique est trop souvent sacrifié à certaines vues spéculatives et au désir de faire prévaloir telles ou telles doctrines. Tel n'est pas l'esprit dans lequel a été rédigé le Traité que nous annonçons. Placé dans des conditions qui lui ont permis d'acquérir, en peu d'années, une instruction théorique solide et une grande habitude clinique, M. Desmarres a compris de bonne heure les véritables difficultés de la pratique ophthalmologique pour les praticiens éloignés des grands centres d'observation, et il s'est proposé de les aplanir autant qu'il dépendrait de lui, en mettant au service de ses lecteurs le fruit de ses études et de son expérience personnelle. Nous n'hésitons pas à déclarer, par avance, que, grâce au plan de cet ouvrage et aux principes sévères d'après lesquels il est conçu, le but que s'est proposé M. Desmarres sera certainement atteint.

Le *Traité théorique et pratique des maladies des yeux* est divisé en trois parties. La première est consacrée à l'étude des maladies des paupières, la seconde aux maladies du globe de l'œil, la troisième à l'étude de quelques-unes des maladies de l'appareil lacrymal.

Dans la première partie, l'auteur a décrit deux procédés nouveaux, l'un pour la guérison du trichiasis, l'autre pour l'extraction des tumeurs des paupières. Dans la seconde, beaucoup plus étendue et plus importante que les deux autres, il a successivement traité les affections de chaque membrane de l'œil en particulier.

On trouvera, dans cette partie de l'ouvrage, la description d'un nouveau procédé pour la réduction des hernies de l'iris ; un pour l'abaissement de la cataracte, un autre pour la dilacération de la capsule ; la représentation des aiguilles dont l'auteur se sert pour la paracentèse de l'œil, et de plusieurs instruments nouveaux, tant pour l'opération de la pupille artificielle, que pour celle de la cataracte. L'opération de la pupille artificielle et celle de la cataracte y sont longuement traitées. En ce qui concerne la cataracte, M. Desmarres s'est attaché à décrire

non-seulement les procédés, mais encore les accidents qui peuvent faire échouer l'opération, les causes qui les produisent et les moyens de les éviter ou d'y remédier. On trouvera encore dans cette seconde partie la description d'une maladie nouvelle, sur laquelle M. Desmarres a le premier appelé l'attention des pathologistes, le ramollissement particulier du corps vitré, qu'il a désigné sous le nom de *synchisis* étincelant.

Enfin, dans la troisième partie, l'auteur s'est particulièrement attaché à la description des affections des points et des conduits, et à celle de l'opération de la tumeur et de la fistule lacrymales.

L'ordre et la méthode sont partout constamment les mêmes : description concise, mais néanmoins complète et claire, des maladies ; examen attentif et rigoureux des signes diagnostiques ; et, après l'exposé des symptômes, de la marche, de la terminaison et de l'étiologie des maladies principales, c'est-à-dire de celles qui se présentent habituellement dans la pratique, vient le traitement, présenté avec les développements les plus complets, et souvent même dans les détails les plus précis, au double point de vue des indications et des méthodes les plus propres à les remplir.

Dans une distribution de sujets aussi nombreux et aussi variés, une classification est indispensable. C'est là souvent pour bien des auteurs une pierre d'achoppement. La classification des ophthalmies, par exemple, est ordinairement l'occasion d'une exposition de principes et d'une discussion à la suite de laquelle on se croit obligé de prendre parti avec les localisateurs contre les partisans de la spécificité, ou avec ces derniers contre la localisation. Ceux qui s'attendraient, en ouvrant le livre de M. Desmarres, à de pareilles discussions, seraient complétement déçus. « J'ai classé la maladie des yeux, dit M. Desmarres, d'après l'ordre anatomique, parce que je ne pense pas que dans l'état actuel de la science une autre classification soit possible » ; et tout est dit. On ne doit donc s'attendre à trouver dans le cours du livre ni la description d'*une ophthalmie goutteuse, d'une ophthalmie rhumatismale, scrofuleuse, abdominale*, etc., ni même ces expressions. Cependant, M. Desmarres est trop bon praticien pour avoir négligé entièrement de tenir compte de l'influence des diathèses que ces dénominations rappellent ; et dans le cours de ses descriptions, il a indiqué, chemin faisant, les lignes que les diathèses impriment à la marche des diverses maladies oculaires, et en a tenu compte dans les applications thérapeutiques. D'un autre côté, la classification anatomique pouvait avoir un inconvénient que M. Desmarres a su sagement éviter. Il est à peu près impossible, comme on le sait, que la phlogose, dans les inflammations aiguës

surtout, demeure isolée dans chacune des membranes ; c'est même là le texte d'une des plus sérieuses objections des antagonistes de la localisation. Aussi M. Desmarres a-t-il eu le soin, à l'occasion de chaque tissu, d'indiquer dans ses descriptions tous les caractères que l'état morbide imprime à l'ensemble du globe. Pour l'iritis, par exemple, non-seulement il a exposé les différences pathologiques apportées à l'aspect de l'iris par l'inflammation, mais encore il a noté les divers symptômes que présentent la capsule, la cornée, la membrane de l'humeur aqueuse, la sclérotique et la conjonctive, etc.

Ce court aperçu suffira, nous l'espérons, pour justifier aux yeux de nos lecteurs les éloges que nous accordons, sans restriction aucune, au Traité de M. Desmarres. Qu'il nous soit permis cependant, avant de terminer, d'exprimer, nous ne dirons pas un reproche, mais un regret que nous a inspiré la lecture de quelques passages de ce livre, sous un point de vue particulier et étranger d'ailleurs à sa valeur intrinsèque. On comprend que dans un traité tout didactique comme celui-ci, l'on soit sobre d'historique et de citations ; loin d'être un défaut, c'est une qualité ; mais cette qualité n'exclut pas la justice. Il est évident que M. Desmarres, quelque grande que soit l'expérience qu'il a pu acquérir depuis qu'il se livre spécialement à l'étude des maladies des yeux, n'a pu tout voir et tout décrire d'après lui-même. Or, en omettant de citer, dans plusieurs chapitres de son livre, les noms d'auteurs auxquels on doit des recherches neuves et originales sur divers points d'ophthalmologie, il semblerait autoriser à croire qu'il ignore lui-même l'origine de ces recherches. Ces omissions, involontaires, nous n'en doutons pas, tendent à introduire dans l'histoire de la science une confusion regrettable dont M. Desmarres, trop riche de son propre fonds pour cela, ne voudrait certainement pas tirer parti à son profit, mais qui pourrait offrir à de moins scrupuleux que lui un aspect dangereux. Nous avons cru devoir signaler l'inconvénient de ces omissions, non point pour en faire l'objet d'un grief particulier contre M. Desmarres, mais à cause de la tendance trop générale qu'ont les jeunes auteurs aujourd'hui à s'affranchir d'un tribut que leurs devanciers se faisaient un devoir scrupuleux d'acquitter. C'est là, du reste, une circonstance tout accessoire, qui n'ôte rien au mérite réel de ce livre, et qui ne saurait préjudicier au succès assuré qui l'attend.

BULLETIN DES HOPITAUX.

L'éther doit-il être préféré au chloroforme comme agent anesthésique? Les expériences qui se continuent dans les hôpitaux, soit avec l'éther, soit avec le chloroforme, n'ont plus pour objet de décider si le chloroforme produit comme l'éther l'insensibilité à la douleur. C'est là un point de fait jugé et acquis dès les premiers essais de M. Simpson. Ce qu'il s'agit d'examiner maintenant, ce sont les avantages ou les inconvénients respectifs de l'éther et du chloroforme. La question actuelle est de savoir auquel des deux agents doit être donnée la préférence, et dans le cas où cette préférence ne devrait pas être absolue, de déterminer les indications spéciales qui réclameraient l'emploi de chacun d'eux. Plusieurs chirurgiens ont émis leur opinion motivée à cet égard, et des expériences comparatives ont été instituées soit sur l'homme, soit sur les animaux, pour résoudre cette importante question.

Tous les chirurgiens sont à peu près d'accord sur ces points déjà établis par les expériences de M. Simpson, à savoir : que le chloroforme jouit d'une propriété anesthésiante plus active que l'éther ; que son action est plus rapide et plus complète ; qu'il en faut une beaucoup moins grande quantité pour produire l'insensibilité. Mais ces avantages mêmes, dont tous les premiers expérimentateurs ont été frappés, n'ont pas tardé à se transformer, aux yeux de quelques-uns, en véritables inconvénients, à cause de l'exagération, si l'on peut s'exprimer ainsi, des résultats obtenus. Par exemple, tandis qu'avec l'éther il suffit de cesser l'inhalation aussitôt que la respiration s'embarrasse, pour faire cesser immédiatement tout accident, il n'en serait pas de même, au dire de M. Sédillot, avec le chloroforme. Les phénomènes anesthésiques continuent à s'accroître, suivant ce chirurgien, longtemps encore après que l'on a cessé l'inhalation, et avec eux augmentent d'une manière alarmante la pâleur, le refroidissement, la petitesse du pouls, la faiblesse de la respiration. Il a vu plusieurs de ses opérés ayant le pouls plein, la respiration forte et régulière, la figure colorée au moment où il cessait l'emploi du chloroforme, tomber graduellement dans un état de prostration de plus en plus marqué et y rester quelque temps, au point de lui inspirer de vives inquiétudes.

D'après des motifs à peu près semblables, M. le professeur Bouisson voudrait qu'on restreignît dans de certaines limites l'emploi du chloroforme. Les effets de l'inhalation chloroformique lui ont toujours paru plus prompts que ceux de l'éther, mais aussi leur durée plus variable

et l'intensité de leurs effets sujette à plus de variations individuelles. L'inhalation éthérée produit, suivant ce professeur, un effet tardif, mais généralement plus durable ; le sommeil anesthésique est moins profond, moins compromettant pour la vie et susceptible d'être prolongé sans aucun inconvénient par l'inhalation intermittente. Aussi le chloroforme, en raison de la rapidité de son action et des dangers de son inhalation prolongée, lui paraît-il devoir être réservé pour les opérations de courte durée, tandis que l'éther devrait être préféré pour les opérations longues et graves. Enfin, suivant M. Jules Roux, l'éthérisme dangereux ou *toxique* est plus prompt, et, partant, plus à redouter avec le chloroforme qu'avec l'éther sulfurique.

Nous devons dire que telle n'est pas l'impression qui résulte des faits dont nous sommes témoin chaque jour dans les hôpitaux de Paris. Non qu'il ne soit exact de dire que l'action du chloroforme est en effet à la fois plus rapide et plus intense et qu'elle n'exposât à de plus grands dangers si l'on en prolongeait trop longtemps l'inhalation d'une manière continue ; mais, nous croyons que ces dangers ont été exagérés, ou qu'on n'a pas suffisamment tenu compte de la manière de procéder. En effet, il résulte d'abord des faits observés sur l'homme, et en second lieu, des expériences multipliées sur les animaux, qu'il suffit d'interrompre de temps en temps l'inhalation et de la faire alterner avec quelques inspirations d'air pur, non-seulement pour prévenir les accidents dont il s'agit, mais encore pour prolonger sans danger l'anesthésie autant que cela peut être nécessaire pour l'exécution des opérations les plus longues. M. Amussat a pu tout récemment, grâce à cette simple précaution, prolonger l'état d'insensibilité pendant une heure, sans qu'il en soit résulté le moindre accident. Nous devons ajouter aussi qu'en cas d'imminence d'asphyxie, le procédé d'insufflation recommandé par M. Plouviez, de Lille, contre les accidents produits par l'inhalation de l'éther, s'applique avec autant de succès contre ceux qui résulteraient de l'inhalation du chloroforme.

En résumé, il nous paraît résulter des faits que nous avons pu observer jusqu'à ce jour, que le chloroforme, tant en raison même de l'énergie de son action et des moyens que l'on possède de la modérer et de la régulariser en quelque sorte à volonté, puis de l'avantage qu'il a sur l'éther de ne point provoquer cette irritation fatigante des bronches et cette agitation si souvent nuisible au succès des opérations, doit être préféré dans la généralité des cas.

Affection du testicule qu'on aurait pu prendre pour un cancer. — Le nommé Hardy, homme de peine, âgé de cinquante ans, fut ad-

mis au nombre des malades de notre dispensaire dans les premiers jours du mois de septembre dernier, pour être traité d'un testicule offrant le volume des deux poings. La maladie s'était développée sans cause connue ; de temps en temps il éprouvait des élancements très-douloureux. La tumeur, fort lourde et dure, n'offre pas d'irrégularités. Nous fîmes pratiquer sur la tumeur, deux fois par jour, des frictions avec la pommade à l'iodure de plomb, et le malade prit en même temps l'iodure de potassium à l'intérieur, à doses successivement croissantes, sans cependant dépasser jamais 4 grammes par jour. Au bout de trois semaines, il y avait une diminution notable, et à la fin du quatrième mois, la guérison était complète.

A mesure que la tumeur diminuait, nous avons remarqué, ainsi qu'on l'observe quelquefois, qu'il se présentait un épanchement dans la tunique vaginale, épanchement très-bien constaté par la, fluctuation : il a disparu avec le reste de la tumeur, sans autre traitement.

Ce fait prouve qu'il ne faut se décider qu'en parfaite connaissance de cause, dans des cas semblables, à pratiquer l'amputation, bien que la tumeur soit très-volumineuse, très-dure, et qu'elle fasse éprouver des douleurs lancinantes ; car chez ce malade, pas plus que chez beaucoup d'autres que nous avons observés dans les hôpitaux et qui présentaient les mêmes symptômes, il ne s'agissait pas d'un cancer, mais d'un simple engorgement. De tous les engorgements blancs, celui dont on obtient, toutes choses égales d'ailleurs, le plus souvent et le plus facilement la guérison, est l'engorgement testiculaire.

Hydrocéphale accidentelle. —L'hydrocéphale est presque toujours une maladie congénitale. On voit bien quelquefois, chez certains enfants, la tête prendre, dans des affections chroniques, un volume assez grand, les sutures et les fontanelles rester largement ouvertes, les os de la voûte du crâne s'écarter notablement : c'est ce qu'on observe surtout dans la période avancée du rachitisme, où l'extrême mollesse des os et le complet arrêt de leur développement permettent à la cavité crânienne de se développer d'une manière exagérée. Il ne faudrait pas confondre, toutefois, une semblable affection avec l'hydrocéphale proprement dite. Dans cette dernière maladie, ce qui donne à la tête une ampleur démesurée, ce qui produit un écartement des sutures et des fontanelles, c'est l'épanchement d'une très-grande quantité de liquide, soit dans la cavité arachnoïdienne, soit dans les ventricules latéraux du cerveau. Les os du crâne ont la même fermeté, la même dureté que chez tous les autres enfants. Il n'en est plus de même chez les rachitiques. L'altération porte en entier sur les os. On ne trouve

pas trace d'épanchement ni dans la cavité de l'arachnoïde, ni dans les ventricules cérébraux.

L'observation que nous allons rapporter est un fait qu'on rencontre rarement. L'hydrocéphale se produit à la suite d'une maladie aiguë chez un enfant qui, jusqu'alors, n'avait rien présenté d'anormal. Elle est donc complétement accidentelle et non congénitale.

Wamesquire (Pierre), âgé de quinze mois, entre à l'hôpital Necker (salle Sainte-Thérèse, n° 6 bis). La mère raconte que, jusqu'à l'âge de quatre mois, cet enfant avait toujours joui d'une excellente santé. Il n'avait éprouvé aucune indisposition, même légère ; sa grosseur était très-ordinaire, ainsi que sa stature ; le volume de sa tête était exactement le même que chez la plupart des autres enfants. A l'âge de quatre mois, l'enfant fit une maladie sur laquelle la mère ne peut donner que bien peu de renseignements. Elle se rappelle seulement que cette maladie dura deux mois. L'enfant faisait des cris continuels et il eut plusieurs fois des convulsions.

Immédiatement après cette maladie, l'enfant, âgé alors de six mois, prit un embonpoint considérable. Il ne faisait que de téter, mais il avait une constipation très-extraordinaire ; il restait 6, 8, 10 et même 14 jours sans aller à la garderobe. En même temps, la tête devint très-volumineuse et il y eut un accroissement très-notable de stature. Aujourd'hui, toutes les parties du corps sont très-bien développées à l'exception des deux jambes. La tête a une ampleur considérable ; sa circonférence est de *cinquante-six centimètres*, c'est-à-dire plus grande que chez le père de l'enfant. Les fontanelles sont complétement ossifiées, à l'exception d'un point très-limité de la fontanelle antérieure. La tête est dure, le front fortement saillant et séparé sur la ligne médiane par un sillon assez profond. La face est volumineuse ; l'enfant n'a aucune intelligence et ne semble pas reconnaître plus particulièrement sa mère. Ses yeux sont continuellement agités de mouvements oscillatoires comme ceux des enfants aveugles. Quand on lui présente un objet quelconque, il ne fait aucun mouvement pour le saisir. La perception des objets semble nulle ou peu distincte. L'enfant n'a que sept dents. Sa taille est de quatre-vingt-un centimètres ; les os de la poitrine et des membres sont exempts de toute déformation rachitique ; sa santé générale est excellente. Depuis la maladie qui a amené l'hydrocéphale, il n'a jamais donné aucun signe d'intelligence, tandis qu'auparavant il semblait aussi intelligent que les autres enfants de son âge.

Traitement de l'érysipèle dans la première enfance. — En signalant dans notre dernier Bulletin la coïncidence fréquente chez les

enfants de l'érysipèle avec la péritonite, nous avons montré toute l'importance que présente la thérapeutique de cette affection. La gravité de l'érysipèle dans les huit ou dix premiers mois de la vie est telle, en effet, que beaucoup de pathologistes la déclarent invariablement mortelle. Après avoir mis en usage des médications aussi nombreuses que variées, et topiques et générales, M. Trousseau recommande plus particulièrement celle qu'il suit comme lui ayant donné quelques résultats heureux dans son service d'enfants à la mamelle.

On fait préparer une solution d'éther camphré, dans les proportions suivantes ; bien qu'on puisse d'ailleurs, si on le juge nécessaire, la concentrer bien davantage encore :

Éther. . . , ... 60 grammes.
Camphre . . . . 30 grammes.

Et à l'aide d'un petit pinceau de charpie trempé dans la solution on l'étend sur toutes les parties frappées d'érysipèle. L'application est renouvelée cinq ou six jours. Est-ce à l'éther, est-ce à la couche de camphre déposée chaque fois sur la partie malade, qu'on doit attribuer le bon effet? Il est impossible de le dire.

Une autre médication qui a donné quelques résultats consiste à étendre, matin et soir, sur tous les points érysipélateux une couche de pommade au nitrate d'argent faite dans les proportions suivantes :

Nitrate d'argent cristallisé. . . . . . 2 grammes.
Axonge récente. . . . . 8 grammes.

Mais la couche d'axonge, qui noircit au contact de l'air, a souvent l'inconvénient de masquer toute l'étendue du mal. On peut lui substituer alors une solution de nitrate d'argent dans les mêmes proportions :

Nitrate d'argent cristallisé. . . . . . 2 grammes.
Eau distillée. . . . . 8 grammes.

Qu'on applique de même sur tous les points érysipélateux à l'aide d'un petit pinceau qu'on a trempé dans la solution. Il suffit également de passer le pinceau matin et soir sur la partie malade. Des applications plus fréquemment répétées ne nous ont pas paru avoir donné des résultats plus avantageux.

Fissure à l'anus. — Procédé par excision. — Parmi les causes de la fissure à l'anus chez les femmes, les femmes du peuple surtout, une des plus communes est l'accouchement. Cette fréquence, plus grande chez ces dernières, s'explique facilement ; elles accouchent souvent seules, et jamais une main intelligente ne vient contenir la distension violente et prolongée que doit subir le plancher périnéal ; puis à la suite

de l'accouchement, elles manquent des soins de propreté qui pourraient permettre la cicatrisation de la déchirure de la muqueuse lorsqu'elle a eu lieu. Entre les divers exemples que nous avons sous les yeux dans les hôpitaux, nous choisissons le suivant : il nous permet de rappeler l'attention sur un procédé que nous avons toujours vu appliquer avec succès par l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, aux cas de fissures récentes.

Marie-Louise Decamp, lingère, âgée de vingt-trois ans, habituellement bien portante, accoucha seule dans le courant du mois d'août. Trois semaines environ après, elle ressentit, pour la première fois, en allant à la garderobe, une douleur très-forte qu'elle compare à une brûlure. Cette douleur était accompagnée d'une constipation opiniâtre qui n'a été combattue par aucun moyen jusqu'au 27 janvier, époque à laquelle elle est admise à l'hôpital Saint-Louis. L'examen des parties permet de constater une fissure à la partie antérieure de la marge de l'anus. M. Jobert, après avoir évacué, au moyen de purgatifs, les matières contenues dans les dernières portions du canal intestinal, pratiqua, le 9 février, l'opération de la manière suivante : à l'aide d'une pince ordinaire, le chirurgien saisit toute la partie de la muqueuse, siége de la fissure, de manière à ce que cette dernière se trouve comprise en entier entre les mors de la pince : cela fait, il enlève tous les tissus saisis, et par conséquent la fissure elle-même. Ce dernier temps est exécuté, soit avec un bistouri boutonné, soit avec des ciseaux courbes et mousses. L'opération terminée, on introduit une mèche dans le rectum, on la couvre de quelques compresses, puis le tout est maintenu à l'aide d'un bandage en T. La mèche de charpie fut renouvelée pendant les premiers jours, et la malade était complétement guérie le huitième.

Comme on le voit, ce procédé de M. Jobert est extrêmement simple ; son exécution est on ne peut plus facile, et l'on doit toujours en tenter l'application avant d'avoir recours à la section sous-cutanée du sphincter qui, pratiquée par des mains inexpérimentées, peut donner lieu à des accidents consécutifs graves.

Hydatides du foie. — Leur issue spontanée par l'intestin. — De tous les modes de terminaison que peut présenter cette affection grave, le plus heureux est incontestablement l'ouverture spontanée du kyste dans un point quelconque du canal digestif et son évacuation par cette voie. L'observation suivante nous en offre un exemple remarquable. Le nommé Jamet (Ferdinand), menuisier, âgé de vingt-quatre ans, placé à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Benjamin, n° 6), nous raconte qu'il y a deux ans il a eu des coliques très-intenses qui avaient leur point de

départ dans la région du foie. Cette première attaque, après avoir duré quatre jours, a disparu spontanément. Il n'y a pas eu d'ictère. Il y a deux mois, une seconde attaque s'est manifestée ; après vingt-quatre heures, les coliques avaient cessé, comme la première fois, sans traitement. Enfin, huit jours avant son entrée à l'hôpital, le malade ressent pour la troisième fois les mêmes symptômes. Il fut prendre un bain et en éprouva un soulagement assez grand pour pouvoir reprendre son travail le lendemain ; mais, deux jours après, les coliques l'ont repris avec une telle violence, qu'il dut venir solliciter son admission à l'Hôtel-Dieu.

Au moment de son entrée, le malade n'accuse d'autres symptômes que des coliques et une douleur occupant la partie droite et supérieure de l'abdomen. Cette région est douloureuse à la pression ; elle présente une tension et une rénitence assez marquées. Il y a de la constipation depuis le moment où les coliques ont commencé à se faire sentir.

Pendant les premiers jours que le malade a passés à l'Hôtel-Dieu, on n'a employé d'autre traitement que des lavements émollients et des cataplasmes. Ces moyens ont suffi pour diminuer notablement l'intensité des douleurs, mais vers le sixième jour, ces symptômes ayant acquis une nouvelle intensité, la tension et la rénitence de l'hypocondre droit étant plus marquées, sans que le malade présentât d'accélération du pouls ni de chaleur fébrile, on administra un purgatif. Le soir, les coliques ont acquis plus de violence ; la douleur arrache des cris au malade et le force à s'agiter dans son lit. L'hypocondre droit est très-douloureux à la pression. (On a appliqué un cataplasme sur le ventre.)

Dans la nuit, le malade a eu une selle diarrhéique assez abondante, et, à partir de ce moment, les coliques ont cessé. Le lendemain, en examinant les matières rendues par le malade, on trouve dans le bassin une assez grande quantité de poches hydatiques. Les plus grosses présentent le volume d'une noisette ; il y en a qui n'ont que la grosseur d'un pois, et d'autres plus petites encore. Toutes ces poches sont ouvertes, excepté les plus petites. Elles sont formées par une membrane élastique, d'un blanc opaque. Les poches qui ne sont pas ouvertes sont transparentes et pleines d'un liquide incolore. Ce jour-là, le malade n'éprouva plus de coliques, ni de douleur à la pression. L'hypocondre droit est souple et ne présente plus la rénitence et la tuméfaction légère que l'on constatait les jours précédents.

Le lendemain dans la nuit, le malade ressent de nouveau quelques coliques suivies d'une selle diarrhéique, et l'on a trouvé dans le bassin des débris de poches hydatiques semblables à celles de la veille. Les mêmes phénomènes se sont représentés encore les deux jours suivants,

mais la quantité de poches hydatiques était de moins en moins considérable. A la fin du mois, Jamet sortait guéri; depuis plus de quinze jours, les matières rendues par ce malade ne contenaient plus de débris. Les fonctions digestives se sont conservées intactes.

Les débris de poches hydatiques rendus par le malade et le liquide renfermé dans celles qui n'étaient point déchirées ont été examinés au microscope, sans que cet examen ait pu faire reconnaître la présence d'échinorinques.

Anthrax. — De son traitement par le caustique de Vienne. — La douleur éprouvée par les malades affectés d'un anthrax est tellement intense, que, de tout temps, les praticiens ont senti la nécessité de la combattre, les uns au moyen de sangsues et de topiques émollients, les autres par une opération chirurgicale. M. Lallemand a conseillé de pratiquer une incision circulaire à la base de la tumeur : ce moyen, qui peut être avantageux quand il s'agit d'un furoncle, ne saurait convenir à tous les cas d'anthrax. Dupuytren l'incisait crucialement, et faisait pénétrer ses incisions jusqu'à la base de la tumeur. Ce procédé, que nous avons vu plusieurs fois mettre en usage par M. Jobert, produit les plus heureux résultats; mais il offre l'inconvénient de toutes les opérations chirurgicales, celui d'effrayer les malades pusillanimes.

Dans ces circonstances, on peut avoir recours au traitement abortif, conseillé en ces derniers temps, et qui consiste à appliquer une couche de caustique de Vienne sur une partie plus ou moins étendue de l'anthrax. Voici un exemple de la rapidité de cette action du caustique. Tolens (Françoise), balayeuse des rues, âgée de quarante-deux ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, dans l'état suivant : dans la région du dos, vers l'angle inférieur de l'omoplate, existe une tumeur volumineuse, à base large, non mobile ; la peau qui la recouvre est tendue, rouge et ulcérée. Cette ulcération constitue une petite plaie centrale au milieu de laquelle on aperçoit du tissu cellulaire gangréné. La tumeur est dure dans toute son étendue, et excessivement sensible à la pression ; elle est en outre le siége de douleurs lancinantes très-vives. La santé de cette femme, qui est d'une forte constitution, a subi une légère altération ; car, depuis cinq jours que ces douleurs intenses se sont manifestées, elle a perdu l'appétit et le sommeil.

Le jour même de son entrée à l'hôpital, M. Jobert fait appliquer sur la tumeur une large traînée de caustique de Vienne, comprenant toute la longueur de son diamètre vertical. Le caustique fut laissé environ un quart d'heure. Presque à l'instant même toutes les douleurs cessèrent ; la sensibilité anormale disparut, et l'on pouvait à volonté palper

dans tous les sens, sans déterminer aucune souffrance. La malade dormit parfaitement toute la nuit qui suivit, et le lendemain demanda à manger. Le neuvième jour, l'escarre résultant de l'application du caustique était complétement séparée, et laissait à nu une plaie de bonne nature, commençant à se cicatriser.

Le quinzième jour la malade demandait et obtenait sa sortie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE. *Procédé de M. Jobert* (de Lamballe). Bien que l'amputation sus-malléolaire, remise en honneur dans ces derniers temps, ait été adoptée par un grand nombre de chirurgiens, tous ne sont pas encore d'accord sur ses avantages réels, et quelques-uns lui préfèrent encore l'amputation au lieu d'élection. Cette divergence pouvant tenir à quelques imperfections du procédé opératoire, nous croyons de notre devoir d'exposer le procédé opératoire mis en usage par M. Jobert (de Lamballe), et de faire connaître les heureux résultats qu'il en a obtenus.

Ce procédé consiste à tailler deux lambeaux, l'un à la partie antérieure de la jambe, l'autre à la partie postérieure. Voici de quelle manière l'exécute l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis :

Le malade est couché sur le bord d'un lit ou d'une table, son pied est soutenu par un aide, l'artère fémorale comprimée par un autre ; un troisième, embrassant de ses deux mains le bas de la jambe, le fixe solidement et se tient prêt à relever le lambeau postérieur dès qu'il sera coupé. Toutes ces précautions prises, le chirurgien, armé d'un couteau interosseux assez long et à lame étroite, plonge horizontalement l'instrument dont le tranchant est dirigé vers le pied, de manière à traverser toute l'épaisseur de la jambe, en faisant ressortir la pointe de l'instrument dans le point diamétralement opposé à celui par lequel elle a pénétré, et rasant, autant que possible, avec la lame la face postérieure des os, dans le lieu même où il veut en opérer la division ; puis, faisant cheminer vers le pied le couteau qu'il a le soin de maintenir dans la même position horizontale, il divise les tissus dans une certaine étendue, qui varie suivant l'épaisseur des parties que le lambeau est destiné à recouvrir, en dirigeant le tranchant de l'instrument en bas, et lui faisant décrire une courbe à concavité inférieure et postérieure. Lorsque la lame est devenue verticale, il achève la section des parties placées au-dessous. De cette manière, il obtient, à la partie postérieure de la jambe, un lambeau épais et long, qui est immédiatement saisi et relevé en haut. Voilà pour le premier temps.

Le second temps est employé à pratiquer, à la partie postérieure de la jambe, une incision demi-circulaire, qui tombe perpendiculairement sur chacune des incisions latérales, à 2 centimètres environ au-dessous de l'extrémité supérieure de ces incisions.

Le troisième temps consiste à disséquer la peau doublée de son tissu cellulaire jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure des incisions latérales, de telle sorte qu'on obtient ainsi, à la partie antérieure de la jambe, un lambeau en forme de demi-manchette, plus petit et plus mince que le lambeau postérieur et qui, comme ce dernier, est immédiatement maintenu relevé.

Le reste de l'opération se pratique comme dans la méthode circulaire. Tous les vaisseaux sont exactement liés. Les lambeaux sont mis en contact à l'aide de la suture entortillée, à laquelle M. Jobert accorde la préférence. Le pansement consiste à entourer complétement le moignon de morceaux d'agaric, dans le double but d'arrêter tout écoulement de sang, et de faciliter, par une douce compression, le recollement des tissus.

Les principaux avantages que M. Jobert attribue à cette manière de procéder, et qui ressortent d'ailleurs

de sa pratique, sont les suivants : ce procédé est d'une exécution plus prompte et plus facile que les autres, et expose moins le malade à perdre une grande quantité de sang. Le moignon, d'une régularité parfaite, est presque entièrement constitué par le lambeau postérieur qui recouvre sans difficulté les extrémités osseuses, et qui leur forme une espèce de coussinet charnu qui les protége et qui préserve les malades des douleurs quelquefois très-fortes que l'on a attribuées à ce que le moignon était seulement formé par la peau. Ce lambeau postérieur est assez long pour qu'il puisse être mis en contact avec le lambeau antérieur, sans que ce dernier soit tiraillé. La cicatrice placée à la partie antérieure n'est pas exposée, comme dans la plupart des autres procédés, à se déchirer ou s'ulcérer par suite des froissements ou des pressions extérieures. Enfin, la ligature exacte de tous les vaisseaux et la réunion immédiate des lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée, ont des avantages qu'il serait superflu de chercher à faire ressortir. Plusieurs malades ont été récemment opérés par ce procédé, et les résultats sont venus confirmer pleinement les avantages que nous venons de signaler. (*Gaz. méd.*, janvier 1848.)

ARTÈRE CUBITALE (*Moyen facile de rendre l'*) *accessible au toucher et même à la vue.* Ce moyen, indiqué par M. Malgaigne, consiste à renverser fortement les doigts et la main en arrière, sur la face dorsale et de l'avant-bras. Les rapports de l'artère cubitale changent alors d'une manière surprenante : les muscles profonds sur lesquels elle repose sont fortement soulevés et font une saillie sensible sous la peau; le tendon du cubital antérieur suit, au contraire, en dedans et en arrière, de telle sorte que l'artère, qui, dans sa position ordinaire, est, en partie, cachée sous ce tendon, se trouve, au contraire, dans la position qu'indique M. Malgaigne, sur un plan fort antérieur, et à 4 ou 5 millimètres en dedans du bord interne de ce tendon. Sur un bon nombre de sujets elle devient plus superficielle que l'artère radiale, et on la voit très-distinctement soulever la peau à chaque pulsation. Chacun, en lisant ces lignes, pourra en faire sur lui-même l'expérience. Dans les cas de lésion traumatique du vaisseau, la même position ramènera à la surface le bord divisé, par lequel jaillit le sang, et donnera ainsi toute la facilité pour le reconnaître et le saisir, et dans tous les cas, lorsqu'on voudra mettre cette artère à nu pour la lier, on n'aura plus besoin de tirailler le tendon du cubital antérieur : l'artère reconnue à ses pulsations, l'incision de la peau et de l'aponévrose superficielle mettra presque à nu le vaisseau facile à apercevoir sous l'aponévrose profonde, si mince qu'elle est toute transparente. (*Revue médico-chirurg.*, janvier 1848.)

ASPARAGINE (*De l'*) *dans les maladies du cœur.* On sait, d'après les recherches cliniques de M. Martin Solon, que c'est dans l'*asparagine* que résident les propriétés thérapeutiques, et particulièrement l'action diurétique attribuée aux asperges. Quelques autres praticiens lui ont reconnu, en outre, une action calmante ou sédative manifeste contre les palpitations, la toux convulsive, etc. Le professeur Zigarelli, qui s'est proposé d'étudier l'action de cette substance, dit l'avoir administrée avec succès dans deux cas de palpitations nerveuses déterminées chez un jeune malade par la masturbation, et chez un homme âgé de quarante ans, par l'abus des alcooliques. Dans un cas de cardite violente, s'accompagnant de défaillances, et dans plusieurs cas, d'hydropéricardite commençante, il a également retiré de très-bons effets de l'administration soit de l'asparagine unie au calomel et à l'extrait d'aconit, soit du sirop d'asperges avec la terre foliée de tartre. L'asparagine ne lui a pas paru avoir une puissance sédative sur le cœur aussi grande que la digitale; mais, par contre, elle n'irrite pas la muqueuse de l'estomac comme cette dernière, et elle est exempte de l'inconvénient reconnu à la digitale de favoriser les congestions, et parfois même l'apoplexie. M. Zigarelli pense donc que l'asparagine pourra être substituée avec avantage à la digitale dans le traitement des maladies de cœur, quand on aura affaire à des individus qui auraient quelque prédisposition aux affections comateuses. (*Il Severino*, et *Revue médico-chirurg.*, février 1848.)

ÉPILEPSIE (*Traitement de l'*) *par*

les frictions stibiées sur la tête. M. le docteur Mettais, de Montrouge, inspiré par le succès de la méthode révulsive à l'aide de frictions stibiées dans un cas de névralgie cérébrale remarquable par sa ténacité, a eu l'idée d'employer cette méthode contre l'épilepsie. Les résultats qu'il a obtenus lui ont paru assez satisfaisants pour se croire obligé de les porter à la connaissance du public médical. En effet, sur neuf observations rapportées par M. Mettais, on trouve cinq cas de guérison complète et quatre cas d'amélioration considérable ou de guérison incomplète. Le succès lui a paru plus complet, plus prompt dans le genre d'épilepsie où les crises sont peu convulsives, les accès de peu de durée. Voici comme ce médecin pratique les frictions stibiées. S'il n'y a pas de maladies qui empêchent de commencer le traitement, il fait raser la tête ou entièrement ou partiellement. Si, d'après les symptômes des crises épileptiques, il peut juger que c'est plutôt telle portion du cerveau que telle autre qui est affectée, c'est là qu'il applique la révulsion. Lorsqu'il y a incertitude sur le lieu de l'origine du mal et que l'on se voit dans la nécessité d'arriver à une éruption générale, il est toujours bon de frictionner partiellement, de manière à atteindre toute la surface du cuir chevelu en plusieurs fois au fur et à mesure que l'éruption partielle est faite. Lorsque l'éruption ne se fait pas bien, soit que l'on néglige les frictions, soit que la peau soit peu inflammable au contact du tartre stibié, la guérison est fort incertaine. On voit quelquefois alors la tête se couvrir de croûtes sèches, noires, comme calcinées, ne donner aucune suppuration. Les frictions semblent caustiques, occasionnent beaucoup de douleurs, de la fièvre et rien de plus. Il modifie alors la composition de la pommade, soit avec un excédant d'axonge, soit en ajoutant un calmant correctif. La suppuration, au contraire, est ordinairement suivie d'une amélioration sensible; mais il y a à cet égard quelques précautions à observer dans la direction à lui imprimer. Si le sujet est fort pléthorique, plein de vigueur, et si la maladie est ancienne et tenace, on doit entretenir la suppuration aussi longtemps qu'on ne voit pas qu'elle épuise le malade; mais chez les sujets faibles, lymphatiques, presque scrofuleux, chétifs, chez les enfants surtout, il faut s'arrêter aussitôt qu'on remarque de la faiblesse et de l'épuisement, quitte à recommencer plus tard. Enfin, dans les cas où il faudrait agir vivement et immédiatement, on pourrait employer l'emplâtre stibié dont l'action est plus prompte et plus énergique; mais en raison même de son énergie trop grande et des douleurs excessives qu'il occasionne, M. Mettais lui préfère, pour la généralité des cas, les frictions avec la pommade stibiée. Il est inutile d'ajouter que ce traitement exige une grande surveillance. (*Gazette médicale*, février 1848.)

ERGOT DE SEIGLE (*Emploi de l'*) *dans l'hémoptysie*. M. le docteur Henriette, après avoir reconnu les mauvais effets de la saignée dans l'hémoptysie symptomatique, a eu recours à un médicament connu depuis longtemps, mais négligé dans ces derniers temps, l'ergot de seigle. Il assure en avoir obtenu un succès complet et si rapide, qu'il s'étonne qu'on n'y ait pas plus souvent recours. On en jugera, du reste, par le fait suivant, pris au hasard parmi ceux que rapporte l'auteur :

Une dame de vingt-six ans, issue d'un père phthisique, est malade depuis quatre ans. Il y a huit mois qu'elle est accouchée; ses règles n'ont pas reparu; elle a eu cinq hémoptysies, et chaque fois elle fut saignée et sangsuée. L'hémorrhagie se prolongeait trois ou quatre jours; un affaiblissement, qu'elle avait beaucoup de peine à surmonter, succédait à ce traitement. Dans le courant du mois d'août 1846, cette dame fut de nouveau atteinte d'une hémoptysie considérable, et réclama les soins de M. Henriette. Ce médecin constata deux vastes cavernes au sommet des deux poumons; la malade crachait le sang en abondance, la respiration était extrêmement embarrassée, la toux était fréquente; il n'y avait point de douleur à la poitrine; le pouls était accéléré et petit. M. Henriette prescrivit 30 grains d'ergot de seigle avec un scrupule de teinture de digitale dans 4 onces d'eau de tilleul édulcorée, à prendre par cuillerée tous les quarts d'heure, et quatre heures après l'apparition de l'hémorrhagie, la malade n'expectorait plus que des mucosités légèrement colorées. Le repos, la position

élevée, des boissons rafraîchissantes complétèrent le traitement. Depuis cette époque, l'hémoptysie n'a plus reparu. La malade tousse et expectore; mais la phthisie ne fait plus de progrès aussi rapides qu'au début.— L'auteur rapporte trois autres observations dont les résultats sont semblables à ceux-ci.

M. Henriette associe la teinture de digitale à l'ergot, dans le but, en ralentissant les contractions du cœur, de modérer l'impulsion de la colonne sanguine, qui tend à sortir de ses vaisseaux. La digitale jouit, du reste, d'une puissance hémostatique assez prononcée, dont M. Henriette lui-même a pu constater l'efficacité dans un cas de métrorrhagie. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier 1848.)

ERYSIPÈLE (*De l'*) *dans la convalescence ou la période ultime des fièvres graves.* L'importance du rôle que joue l'érysipèle dans la convalescence ou dans la période ultime des fièvres graves recommande, d'une manière toute particulière, à l'attention des praticiens l'étude que vient de faire M. Hervieux de cette dangereuse complication, d'après quelques observations recueillies dans le service de M. Rayer, et celles que M. Louis a rapportées dans son *Traité de la fièvre typhoïde*. Dans les treize cas qui font la base de ces recherches, il n'a été possible d'assigner aucune cause spéciale au développement de l'érysipèle. La seule circonstance étiologique commune a été l'état morbide antérieur que cette affection est venue compliquer, la débilitation plus ou moins considérable dans laquelle se trouvaient ces malades, dont onze étaient atteints de fièvre typhoïde, un de pneumonie, un de phthisie pulmonaire. Dans un cas seulement, l'apparition de l'érysipèle parut se lier d'une manière évidente à des écarts de régime.

Considéré sous le rapport de son siége, l'érysipèle survenu dans la convalescence des fièvres graves n'a présenté, comparé à l'érysipèle ordinaire, aucune différence notable. La face et le cuir chevelu ont été, comme il arrive presque toujours, le siége de prédilection de l'érysipèle. Les autres parties sur lesquelles s'est fixée la phlegmasie cutanée ont été, par ordre de fréquence, les bras, le tronc et les genoux.

L'auteur n'a constaté que deux variétés de formes dans les érysipèles dont il s'agit, la forme serpigineuse, de beaucoup la plus commune, et la forme ambulante. Envisagés dans leur ensemble, et abstraction faite de l'état général et de la disposition intérieure qui les produit, les phénomènes locaux n'ont jamais acquis ce degré d'intensité et ne se sont jamais présentés sous cette forme grave et avec ces caractères alarmants qu'on observe souvent dans les érysipèles ordinaires, quand l'économie n'est pas sous l'influence d'une maladie grave antérieure. Plusieurs fois même, quelques-uns de ces symptômes locaux ont manqué, notamment la rougeur caractéristique des érysypèles ordinaires. La tuméfaction a été, en général, médiocre; l'élévation de la température et la douleur, dans les cas où on les a notés (ces phénomènes n'ont pas non plus été constants), n'avaient point le degré d'intensité ordinaire; il n'y a eu, un seul cas excepté, ni phlyctènes, ni bulles; à peine a-t-on constaté chez quelques malades un léger engorgement des ganglions correspondants.

Les phénomènes généraux auxquels l'érysipèle donne habituellement lieu ont été en rapport, par leur peu d'intensité, avec les phénomènes locaux, c'est-à-dire qu'ils n'ont jamais acquis ce degré d'intensité particulier aux érysipèles idiopathiques; en d'autres termes, ils n'ont point provoqué de réactions sympathiques assez vives, pour qu'on ait pu leur attribuer la terminaison funeste qui a eu lieu chez la plupart de ces malades.

Dans la généralité des cas, ces érysipèles ont été de courte durée; ils se sont terminés par résolution, ne laissant presque aucune trace anatomique de leur passage, soit dans les régions affectées, soit dans les autres viscères.

Toutefois, il ne faudrait pas conclure de la bénignité apparente, tant des symptômes locaux que des phénomènes généraux qui se lient à l'existence de ces érysipèles, qu'ils soient sans gravité réelle; car cette conclusion serait contraire aux faits, qui démontrent que ces érysipèles sont d'une nature éminemment insidieuse, et qu'ils annoncent toujours un danger imminent, souvent une fin prochaine. Leur présence, dans les circonstances dont il s'agit, constitue un signe pronostique de la plus grande gravité.

Quant au traitement, on ne peut déduire, ni des symptômes locaux, ni des phénomènes réactifs qui résultent de l'invasion de ces érysipèles, aucune indication directe importante. Toute la portée pratique de cette complication est dans la gravité qu'elle révèle de la part de l'affection principale, dont elle n'est qu'un épiphénomène. (*Arch. gén. de médec.*, décembre 1847.)

FIÈVRE TYPHOIDE (*Des ablutions et irrigations froides dans la*). Nous avons signalé, dans l'un des numéros du précédent volume, les bons effets des affusions froides contre certaines formes et dans certaines conditions de la fièvre typhoïde. Cette méthode, bien que très-ancienne, est loin d'avoir été appréciée suffisamment dans ses bons comme dans ses mauvais effets. Enhardis sans doute par les succès obtenus dans le service de M. Récamier, et surtout par le témoignage presque unanime des médecins du Nord en faveur de ce moyen, MM. Jacquez (de Lure) et Beau ont, chacun de son côté, cherché à déterminer les effets des ablutions froides et les indications de leur emploi dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Le traitement de M. Jacquez consiste dans l'emploi de l'eau froide *intus* et *extra* : il fait appliquer sur le front des compresses trempées dans de l'eau froide, à sept ou huit degrés au-dessus de zéro ; et sur le ventre, des compresses trempées également dans de l'eau froide, mais assez grandes pour en couvrir toute la surface. Quand la chaleur est brûlante, l'intervalle de ces applications doit être de cinq à dix minutes; d'une demi-heure, ou même d'une heure, lorsque la température de la peau s'élève peu au-dessus de l'état normal. Ces applications sont continuées dix, trente, quarante jours, s'il est nécessaire, c'est-à-dire tant que l'on voit persister et reparaître le moindre reste de chaleur fébrile. M. Jacquez ne donne à ses malades d'autre boisson que de l'eau pure, froide, en assez grande quantité. — Suivant ce médecin, aucun symptôme, aucune complication ne s'oppose à l'emploi des applications froides ; loin d'être contre-indiquées par les phlegmasies intérieures, elles en hâtent, au contraire, la résolution.

En ce qui concerne le mode d'emploi de ce traitement, il ne faut consulter, pour en graduer l'énergie, que le degré de chaleur des parties sur lesquelles les linges doivent être appliqués. En général, il faut, autant que possible, équilibrer la température, l'augmenter, s'il est nécessaire, aux extrémités ; mais en même temps l'affaiblir partout où elle s'élève trop, principalement sur le tronc.

Sous l'influence de ce traitement, dit M. Jacquez, non-seulement l'état fébrile tombe avec une grande rapidité souvent du jour au lendemain, mais encore les désordres de l'intelligence, les troubles nerveux, la sécheresse de la langue, le ballonnement du ventre, les difficultés d'uriner et même les rétentions complètes, les phénomènes de putridité cèdent promptement à l'application régulière du froid. Dans un espace de sept années, sur 313 sujets atteints de la fièvre typhoïde que M. Jacquez a eu l'occasion de traiter par cette méthode, il n'en a perdu que 19 (1 sur 16 9/10), proportion très-satisfaisante, comme on le voit.

M. Beau se sépare de ses devanciers, et en particulier de M. Jacquez, en ce que l'eau froide n'est pour lui qu'un adjuvant, et non pas une méthode de traitement exclusive et applicable à tous les cas ; il l'associe particulièrement à la médication évacuante.

Ce n'est pas aux affusions qu'a recours M. Beau, lorsqu'il veut appliquer l'eau froide. L'expérience lui a prouvé, comme aux autres, que les affusions répugnent en général aux malades, qui refusent de s'y soumettre. Voici comment procède M. Beau : le malade est placé, entièrement nu, sur un matelas ou sur un lit de sangle placé près de son lit, puis, une ou deux personnes, armées d'éponges imbibées d'eau froide, le lavent rapidement des pieds à la tête sur l'une et l'autre face du corps. Immédiatement après cette opération, qui, faite par des personnes exercées et intelligentes, ne dure que trois ou quatre minutes, le sujet est parfaitement essuyé avec des linges secs et replacé dans son lit.

A la suite de ces ablutions il est rare que la température excessive et anormale de la peau ne diminue pas sensiblement et d'une manière rapide, ainsi que la soif et le malaise général, auxquels succèdent le calme

et le sommeil. La sécheresse de la peau fait place à une douce transpiration. Le pouls diminue de fréquence. L'amélioration est tellement évidente et prompte, le bien-être des malades tellement prononcé, que plus d'une fois les sujets ainsi traités demandent eux-mêmes de nouvelles ablutions. Les ablutions froides ainsi administrées réussissent, suivant M. Beau, au delà de toute espérance, même dans les cas où il y a bronchite; et loin d'augmenter son intensité, elles semblent contribuer à la faire disparaître.

En résumé, dans l'opinion de M. Beau, les ablutions froides ne sont autre chose qu'une méthode succédanée, mais puissante lorsqu'elle est mise en usage avec prudence, et au moyen de laquelle on fait disparaître en peu de temps quelques-uns des phénomènes les plus alarmants et les plus graves de l'affection typhoïde. (*Journ. des Connaiss. médico-pratiques*. et *Revue médico-chirurgicale*, décembre 1847.)

GUTTA PERCHA, *nouvelle substance destinée à la confection des appareils pour les fractures*. La *gutta percha* est le suc d'un arbre de l'Inde appelé *niato*. Ce suc a la singulière propriété, à une température inférieure à 50° (Farenh.) ou 27,7 centigrades, d'être aussi dure que le bois et d'une extrême ténacité; elle n'est flexible qu'en lames minces. En augmentant la chaleur, on la rend plus flexible, et la température est encore bien au-dessous de l'eau bouillante, que la masse devient aussi molle que la cire : on peut la partager alors avec un couteau et remuer ensuite les fragments, dont l'adhérence sera aussi complète que s'il n'y avait pas eu séparation. La gutta percha conserve, après le refroidissement, la forme qu'on lui a donnée dans l'état de ramollissement. Dans cet état on peut coller pièce sur pièce, pour former un tout compact et utiliser, de cette manière, jusqu'au dernier petit morceau.

La gutta percha est moins élastique que le caoutchouc, mais elle est beaucoup plus tenace et plus extensible : elle possède, en outre, la propriété de prendre et de conserver toutes les formes désirables.

Ces précieuses propriétés, une fois connues, ne pouvaient manquer d'être utilisées par les chirurgiens. Lyell, en Angleterre, eut le premier l'idée qu'on pourrait faire avec cette substance d'excellentes attelles pouvant s'appliquer étroitement à toutes les parties du corps; ses premiers essais eurent un plein succès. Un chirurgien allemand, M. Lorinser, en a fait, depuis, un usage beaucoup plus étendu. Il l'a employée dans plusieurs cas de fracture, et il croit pouvoir affirmer que le bandage qu'il est parvenu à construire avec cette substance peut très-avantageusement remplacer le bandage amidonné, tant sous le rapport de la facilité avec laquelle on la manie, que sous le rapport de la solidité que présente la gutta percha après quelques minutes de refroidissement, et enfin, bien plus encore, sous le rapport de la faculté que possède ici le chirurgien de laisser dans son appareil, sans en compromettre la solidité, des intervalles partout où il juge nécessaire d'observer la partie malade à nu, ou d'appliquer quelque substance médicamenteuse. (*Progrès médical belge*, janvier 1848.)

HEMORRHAGIE *succédant à l'excision des amygdales* (*Nouveau moyen d'arrêter l'*). Voici le moyen qu'a imaginé M. Hatin, et qu'il a mis en pratique avec succès, dans un cas très-pressant où il s'agissait d'hémorrhagie très-abondante, à la suite d'une excision des amygdales. L'opération avait été faite à l'aide du tonsillotome à guillotine de Falmestock ; elle avait été simple et facile, et l'écoulement de sang, assez modéré d'abord, paraissait avoir cédé, comme à l'ordinaire, aux gargarismes acidulés, lorsque, deux heures après, M. Hatin fut rappelé auprès de l'opérée (c'était une jeune femme), qui vomissait le sang à pleine cuvette et qui se trouvait mal à chaque instant. Gargarisme aluminé, compression à l'aide du doigt saupoudré d'alun, cautérisation prolongée avec le nitrate d'argent, tout fut inutile. M. Hatin allait se décider à faire usage du cautère actuel, quand il lui vint à l'idée de tenter un autre moyen. Il envoya chercher de longues pinces droites, destinées à porter une anse de fil dans les arrière-narines, dans le cas de polypes ; il garnit les extrémités des branches, l'une de morceaux d'amadou et de linge humectés d'eau et imprégnés d'alun, l'autre de simples tampons de linge. Les choses ainsi préparées,

il introduisit la branche garnie d'amadou dans la bouche de la malade, et l'appliqua immédiatement sur la surface saignante de l'amygdale. La branche opposée se trouvait naturellement en dehors de la joue correspondante et vint prendre un point d'appui, par son extrémité, sur l'angle de la mâchoire; pour comprimer l'amygdale, il suffit de rapprocher les anneaux de la pince et de les maintenir à l'aide d'un cordon. Ce moyen, simple et d'une exécution facile, eut un plein succès; à partir du moment de son application, le sang cessa de couler. La pince fut soutenue à l'aide de quelques fils attachés à la coiffure. Elle resta ainsi fixée pendant trois jours; le quatrième, elle se détacha d'elle-même sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sang. — C'est là une pratique qu'il serait facile d'imiter en pareil cas. (*Abeille médicale*, janvier 1848.)

HYDROCÈLE (*Cure radicale de l'*) *par l'introduction dans la tunique vaginale de quelques gouttes d'alcool.* Nous avons fait connaître dans le temps la méthode curative de l'hydrocèle par les fomentations alcooliques préconisées par M. le docteur Pleindoux. M. Uytterhoeven, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean à Bruxelles, ayant voulu essayer cette méthode, n'en obtint que des résultats incomplets ou variables; et, dans quelques cas même, les accidents inflammatoires de la peau des bourses dépassèrent les limites nécessaires pour la résolution de l'épanchement. M. Ellis, témoin de ces faits et cherchant à s'expliquer le mode d'action de l'alcool dans cette circonstance, eut alors l'idée, dans un simple but d'expérience, de faire la ponction de l'hydrocèle et d'introduire dans la cavité vaginale quelques gouttes d'alcool à 36°, qu'il laissa couler par la canule du trocart. Il ne fit aucune application extérieure, et la plaie fut couverte d'une mouche de diachylon. L'inflammation et la tuméfaction se montrèrent en peu de temps; la cure fut radicale. Encouragé par ce premier résultat, M. Ellis a appliqué, depuis, ce procédé sur 12 malades, et il a obtenu 8 guérisons. Voici en quels termes il décrit son procédé régularisé :

« Je vide préalablement la tumeur; je relève le pavillon de la canule presque perpendiculairement à l'axe du corps, et je la maintiens fixement de la main gauche; alors je plonge une sonde à panaris à cannelure profonde dans un vase contenant de l'alcool à 36°, et je la laisse descendre dans la canule du trocart jusqu'à ce qu'elle touche l'intérieur de la poche. Cette introduction est répétée deux ou trois fois de suite, de manière à mettre 8 à 10 gouttes d'alcool en contact avec la tunique vaginale. Après avoir retiré la canule et avoir malaxé la bourse, je mets sur la plaie un morceau de sparadrap, et le malade peut vaquer à ses occupations. On pourrait se servir, au lieu de la sonde à panaris, d'un tube de verre mousse aux extrémités, dans lequel on maintiendrait une petite colonne d'esprit-de-vin, en fermant l'une des ouvertures avec la pulpe du doigt. L'ayant ensuite introduit dans la canule du trocart, le liquide s'écoule par la pression atmosphérique, dès que l'on permet à l'air de pénétrer par l'ouverture supérieure.

« Les symptômes qui suivent sont très-simples; la douleur n'est que de très-courte durée après l'introduction des gouttes d'alcool, et l'inflammation de la tunique vaginale est à peine perçue par quelques malades; elle n'a, d'ailleurs, jamais été assez vive pour exiger que les opérés restassent au lit. Le gonflement du testicule se fait progressivement; il est rarement douloureux, si ce n'est à la pression; et quoiqu'il acquière parfois le triple de son volume normal, le scrotum ne devient jamais d'un rouge vif, et la palpation ne fait pas constater ce gonflement dur et douloureux qui survient souvent à la suite des injections. Ce gonflement, par le procédé nouveau, est le plus souvent mou, comme œdémateux, crépitant. Il faut dire cependant que le temps nécessaire pour que l'organe reprenne son volume normal a exigé, dans un cas, vingt jours, et, dans un autre, vingt-quatre jours. Chez la plupart des malades, cette durée a été de neuf à quinze jours. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, janv. 1848.)

LARMES *pour le pronostic dans les maladies des enfants.* Les questions de pronostic sont trop importantes au point de vue de l'art pour que nous ne signalions point l'opinion que vient d'émettre par M. le

professeur Trousseau sur cet important sujet.

On peut dire en thèse générale que, quand un enfant pleure, sa maladie n'est pas grave; que, quand il ne pleure pas, sa maladie est très-grave. Cette proposition est capitale dans les maladies aiguës de l'enfance; on peut la regarder comme un aphorisme. Si l'enfant pleure, il guérira; s'il ne pleure pas, il est très-gravement malade. Cela manque si rarement, que le médecin doit regarder cette proposition comme sacramentelle. Il y a des exceptions, mais au même titre qu'il y en a pour les aphorismes d'Hippocrate: une femme a-t-elle du ténesme, elle avorte; crache-t-on du sang, on est phthisique. Il n'en est pas moins vrai que l'on voit des femmes avoir du ténesme sans avorter, et des individus cracher du sang sans être phthisiques; il n'en est pas moins vrai que le médecin doit le savoir. De même, dans les maladies aiguës de l'enfance, tout médecin doit savoir que si l'enfant pleure, il guérira; s'il ne pleure pas, il est plus en danger de mort.

Ainsi, quand vous vous trouvez auprès d'un enfant qui jusqu'ici avait pleuré et qui ne pleure plus quand vous le tourmentez, si tout à coup ses yeux sont secs, enfoncés dans les orbites, quoiqu'il reste dans les mêmes conditions, attendez-vous à une maladie très-grave, n'importe laquelle; vous ne vous tromperez jamais, à moins que l'enfant naturellement ne pleure pas, car il y en a qui ne pleurent jamais. Au contraire, lorsque vous avez constaté du souffle et de la matité dans la poitrine, lorsque vous avez constaté l'hypertrophie du foie ou de la rate, le ballottement du ventre; si vous voyez l'enfant verser quelques larmes, portez un pronostic favorable; c'est le signe d'une convalescence prochaine; cela ne manque presque jamais.

Le jugement que l'on doit porter sur les larmes s'étend assez loin dans la vie de l'enfant. Pour les deux premières années, et surtout pour la première, il est presque invariablement vrai. Jusqu'à sept ans, l'appréciation est importante, quoiqu'elle soit moins vraie à mesure que l'on monte. Cependant cette proposition est encore asez exacte pour que, ayant fait chez des enfants des opérations graves, non pour des maladies externes, mais pour des affections qui, quoique locales, comme le croup, amènent des symptômes graves, pour que je n'aie vu qu'une fois un enfant pleurer sous mon bistouri. Les enfants souffrent alors, mais ils ne pleurent pas; et quand quelques jours après l'opération je les vois pleurer, je m'en réjouis; et quand ils ne versent pas de larmes, je porte un pronostic fâcheux, qui se réalise presque toujours. (*Gaz. des hôpitaux*, févr. 1848.)

LUXATION DE L'APOPHYSE *transverse de la quatrième vertèbre cervicale réduite le septième jour.* Faut-il tenter la réduction des luxations des vertèbres? On sait que ces sortes de réductions sont entourées des plus graves dangers. Mais, d'un autre côté, on sait aussi que si l'on abandonne les malades dans cet état, des accidents consécutifs de la plus grande gravité se manifestent, et la mort est souvent le résultat de cette inaction. Dans cette pénible alternative on comprend la hardiesse des chirurgiens qui ont les premiers tenté ces réductions. Les faits assez nombreux déjà de succès justifient d'ailleurs ces tentatives, à la condition, toutefois, qu'elles soient faites avec toute la prudence convenable. Voici un nouvel exemple de succès de ce genre, rapporté par M. le docteur Schrauth.—Un homme, âgé de vingt-cinq ans, ayant été saisi par deux hommes vigoureux, qui le tenaient, l'un par la tête et l'autre par le tronc, et jeté avec force contre un mur, sentit, en se relevant, une vive douleur à la nuque et ne put plus remuer la tête. Après quelques jours d'un traitement insignifiant, la tête restant toujours immobile, tournée à gauche et un peu fléchie en avant, avec engourdissement dans le bras gauche et gêne de la déglutition, on reconnut à ces symptômes et à la disposition des parties, une luxation de la quatrième vertèbre sur la cinquième, dans l'articulation de leurs apophyses transverses droites, avec rupture des ligaments de cette articulation. On se décida pour la réduction, qui fut faite avec les plus grandes précautions. Un aide appuyait sur les épaules du malade, assis sur une chaise; un autre tirait en haut, tandis que le chirurgien, appliquant le pouce sur le côté droit du cou, poussait la partie saillante à gauche, en arrière et en haut. Le malade

sentait diminuer ses douleurs pendant la traction exercée sur la tête. Encouragé par ce premier résultat, on fit asseoir le malade à terre, et on lui passa sous le menton deux fortes cravates, nouées séparément sur l'un et l'autre côté au-dessus de l'oreille, et on les confia à deux aides; une autre cravate appliquée sur la nuque, nouée au-devant du front, fut mise entre les mains d'un troisième aide. Ces trois aides tirèrent directement la tête en haut; un quatrième, assis derrière le malade, embrassant le tronc et les épaules, faisait la contre-extension en pesant de tout le poids de son corps. Enfin, une cinquième personne fut chargée de pousser en dedans et en arrière l'apophyse transverse droite qui faisait saillie, et alors M. Schrauth, saisissant la tête avec les deux mains, dirigeait les mouvements. Le malade tenait avec son bras droit M. Schrauth, pour le prévenir si on devait s'arrêter dans les tractions; plus elles furent fortes, plus elles procuraient de soulagement. Pendant que l'on continuait ainsi à tirer lentement et avec prudence, on fit de légers mouvements en avant et en arrière, à droite et à gauche; puis on imprima au cou une légère torsion sur son axe. Pendant ces manœuvres, plusieurs fois interrompues, on entendit à plusieurs reprises des craquements très-distincts dans le cou; ces mouvements devinrent plus faciles sans être suivis d'accidents. Le malade tenait alors son cou droit, sans douleur. Après quelques instants de repos, M. Schrauth saisissait de nouveau, et sans employer beaucoup de force, la tête avec ses deux mains, le corps étant soutenu, et répétait si facilement les mouvements, que le malade lui-même les exécutait bientôt après tout seul. La difformité résultant de la luxation avait disparu. Le succès parut dès lors constaté. L'engourdissement du bras cessa; aucun accident nouveau ne se manifesta, et après quelques jours de repos, le malade put reprendre ses occupations sans gêne dans les mouvements du cou.

A l'occasion de cette intéressante observation, M. Schrauth a fait des recherches qui l'ont amené à la connaissance de vingt-six autres cas de luxation des vertèbres cervicales, vingt-sept avec le sien. Sur ce nombre, trois fois la mort a été immédiate après l'accident; dans sept cas, les individus ont succombé plus tard, sans qu'on ait tenté la réduction; dans trois cas, les suites de l'accident ne sont pas indiquées; trois fois il y eut guérison sans réduction des vertèbres, mais les mouvements du cou restèrent bornés; sur onze réductions, neuf furent faites avec succès, et deux furent suivies de mort.

Ces résultats répondent suffisamment à la question formulée en tête de cet article. Aux faits qui précèdent nous devons joindre le suivant qui nous est communiqué par M. le docteur Vrignonneau, et qui vient d'être publié par un autre journal. Ce médecin fut appelé auprès d'un homme qui venait de faire une chute sur la tête de la hauteur de six mètres environ. Il le trouva couché sur le dos, la face pâle, le visage incliné sur la poitrine, et accusant de fortes douleurs au sommet de la tête et à la région cervicale. Il n'y avait ni fracture, ni contusion. A l'examen de la colonne vertébrale, il put constater une luxation en avant de la face inférieure de la cinquième cervicale. On prescrivit d'abord le repos le plus absolu, deux saignées et des frictions excitantes sur les membres et le tronc. Mais les accidents n'ayant fait que s'accroître, M. Vrignonneau fut rappelé le surlendemain, et trouva le malade près de suffoquer. Il se décida alors à tenter la réduction.

« Le malade étant maintenu par les épaules, j'opérai, dit M. Vrignonneau, des tractions modérées sur le cou; à mesure que les parties s'allongeaient, la voix du patient devenait plus forte, la respiration plus facile. Enhardi par ce premier succès, je continuai méthodiquement; et lorsque je crus avoir obtenu une extension suffisante, je portai la tête et la partie cervicale supérieure, que je tenais embrassée à deux mains, en arrière. Alors un craquement, causé par la face inférieure de la cinquième vertèbre glissant sur la face supérieure du corps de la sixième, se fit entendre. Le malade était sauvé. La compression de la moelle épinière n'ayant plus lieu, tous les symptômes cessèrent comme par enchantement.

Nous ne terminerons pas cette note sans signaler un mode d'exploration que nous n'avons vu mentionner dans aucune des observations que nous venons de citer, et qui pourtant pourrait être de la plus

grande utilité pour les cas où le gonflement de la région cervicale postérieure ne permettrait pas d'apprécier les rapports des vertèbres et les désordres dont elles seraient le siège; il consiste à explorer la face antérieure de la région cervicale par le pharynx. M. Robert, dans une observation que l'on trouvera au Bulletin des hôpitaux de ce numéro, a tiré le plus grand parti de ce mode d'exploration pour reconnaître une fracture des vertèbres. (*Archiv. für Physiologische Heilkunde.*)

MYÉLITES SPONTANÉES *qui ont régné sporadiquement à Nantes.* A la fin de 1845 et en 1846, on observa à Nantes un certain nombre de cas de myélites aiguës spontanées. Bien que la maladie ne sévit point sur un assez grand nombre d'individus pour constituer une épidémie proprement dite, on ne pouvait méconnaître dans la coïncidence des cas d'une maladie habituellement si rare, dans leur succession rapide et à courts intervalles, enfin, dans les caractères insolites de la maladie elle-même, les caractères d'une de ces constitutions médicales particulières intercurrentes, et en quelque sorte intermédiaires entre les affections habituelles d'une localité et celles qui sont franchement épidémiques. Voici, d'après l'historien de cette singulière maladie, M. le docteur Marcé, quelques-unes des particularités les plus dignes d'attention qu'elle a présentées.

Ces myélites offraient quatre formes principales : la 1re, caractérisée par une paralysie générale de tout le système musculaire recevant l'innervation de la moelle; la 2e, dans laquelle il y avait à la fois paralysie de certaines sections du système musculaire et de certaines sections des appareils sensitifs ; la 3e, dans laquelle, à la paralysie musculaire caractéristique, qui ne durait que quelques jours, succédait brusquement un rhumatisme articulaire; enfin, la 4e, ou myélite purement paraplégique, avec intégrité des mouvements et de la sensibilité des membres supérieurs, s'accompagnant, en général, de lombago, de paralysie plus ou moins complète du rectum et de la vessie, avec peu ou point de fièvre. Quelle que fût sa forme, la myélite existait toujours indépendamment de tout symptôme cérébral proprement dit.

Dans la seule autopsie qui ait pu être faite, on trouva la moelle spinale ramollie dans toute sa longueur ; de plus, un épanchement notable de liquide cérébro-spinal comprimant la moelle et les nerfs au niveau des régions cervicale et lombaire.

Dans deux cas, la paralysie affecta une marche toute différente; dans l'un, c'était la paralysie du système musculaire et des membres supérieurs qui dominait; dans l'autre, c'est le contraire qui eut lieu, c'est-à-dire prédominance de la paralysie dans les muscles des membres abdominaux. Dans ces deux cas, la paralysie musculaire fut précédée et accompagnée de vives douleurs le long de la colonne vertébrale, dans les lombes, dans tous les membres. Les diverses sections du système musculaire ne furent pas toutes subitement et instantanément frappées: les muscles volontaires le furent les premiers; puis, en seconde ligne, ceux qui parfois, instruments de la volonté, sont plus particulièrement soumis à l'influence de l'instinct. — Deux fois, ces myélites, avec paralysie musculaire, se compliquèrent de bronchite, laquelle, sous l'influence combinée de la sécrétion muqueuse qu'elle déterminait dans les bronches, et de la paralysie des muscles thoraciques, devint bientôt suffocante, au point d'avoir occasionné la mort dans un de ces cas, et de l'avoir rendue imminente dans un autre. — Dans deux cas, la fièvre fut aiguë et continue ; dans un troisième, elle fut rémittente, et le sulfate de quinine parut avoir un effet curatif; dans un quatrième cas, elle eut l'apparence d'une fièvre typhoïde à marche lente et équivoque. Dans toutes, la fièvre fut, au début, accompagnée de brisement des forces, d'endolorissement des membres, de courbature générale et profonde. La maladie reconnaissait généralement pour cause une suppression de transpiration. La gravité de ces myélites fut telle, que les moyens de traitement les plus énergiques demeurèrent sans résultat ; elles furent mortelles dans la moitié des cas.

Le fait le plus remarquable, au point de vue thérapeutique, a été l'efficacité exceptionnelle du sulfate de quinine dans un cas où la fièvre concomitante parut être périodiquement rémittente; efficacité qui se manifesta non-seulement par la cessation du mouvement fébrile, mais encore par celle de la paralysie rachi-

dienne. (*Journ. de la sect. de méd. de la Société acad. de la Loire-Inférieure*, 1847.)

PARALYSIE ETENDUE *à presque tout le corps, traitée avec succès par l'extrait de rhus toxicodendron.* On lit dans les *Collectanea medico-chirurgica*, publiés par l'Académie impériale médico-chirurgicale de Wilna, l'observation suivante, qui témoigne des bons effets du rhus toxicodendron dans un cas de paralysie.

Un jeune homme de vingt-sept ans, sujet depuis plusieurs années à des maux de tête, fut pris, à la suite d'un refroidissement, d'une douleur de tête très-intense, siégeant principalement vers les tempes; et vingt-quatre heures après, il fut pris d'une amaurose et d'un engourdissement des extrémités supérieures et inférieures, qui alla en augmentant, au point d'aboutir, au bout de trois jours, à une paralysie complète. Le malade accusait une violente céphalalgie, surtout vers les tempes; il n'avait aucune perception de la lumière; les pupilles étaient dilatées et complétement immobiles, les yeux fixes, l'ouïe et l'odorat fort affaiblis; tout mouvement et tout sentiment éteints dans les extrémités, la chaleur également diminuée dans les membres, mais accrue dans les autres parties du corps, notamment à la tête; les sphincters entièrement paralysés, le pouls petit, très-fréquent; la soif inextinguible, la respiration laborieuse, les facultés intellectuelles fortement lésées; cependant la parole facile.

Le diagnostic offrait quelque incertitude. L'auteur présumant avoir affaire à une méningite violente, avec exsudation rapide de sérosité, dirigea le traitement d'après ces vues. On avait déjà pratiqué des saignées générales et administré le calomel; on fit appliquer des sangsues en grand nombre autour de la tête; on prescrivit des frictions avec de l'onguent mercuriel (une demi-once), deux fois par jour; lavements purgatifs, infusion d'arnica pour boisson.—Le surlendemain, l'état du malade était empiré; l'assoupissement se joignait aux autres symptômes, et le pouls était plus lent que dans l'état de santé. (Prescription : vésicatoire à la nuque, frictions avec une once d'onguent mercuriel et lavements à l'assafœtida.)

Les jours suivants, le pouls était calme, la douleur de tête légère, la paralysie amendée; en poursuivant le traitement dans le même sens, la fièvre et la céphalalgie disparurent peu à peu; le sommeil revint, le sujet reprit des forces, et il ne se plaignait plus que de l'amaurose et de l'impotence des membres. On eut alors recours à l'emploi du *rhus toxicodendron*. On prescrivit :

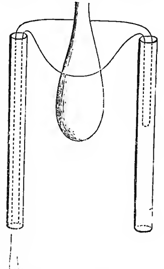
Pr. Extr. de rhus toxicodendron.	1 grain.
Sucre.	10 grains.

Mêlez, divisez en dix paquets,—à prendre trois doses par jour.

On augmenta cette dose peu à peu; sous l'influence de cette médication, on vit diminuer de jour en jour les symptômes de la paralysie, et une quinzaine de jours suffit pour restituer au malade et la faculté de voir et le pouvoir de se promener dans sa chambre. La dose du remède était portée alors à 34 grains par jour. On jugea convenable de la diminuer peu à peu, et le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital avec une guérison complète et qui ne s'est pas démentie. Si ce fait était unique, on ne serait peut-être pas bien rigoureusement fondé à attribuer à l'emploi du *rhus toxicodendron* une guérison à laquelle quelques-uns des médicaments employés simultanément auraient peut-être pu contribuer; mais plusieurs praticiens, notamment MM. Bretonneau et Trousseau, assurent avoir employé cette substance avec avantage dans des cas analogues. Les propriétés déjà connues, quoique peu utilisées jusqu'à ce jour, de cette substance, autorisent donc à accepter ce fait avec la signification qu'on a cherché à lui donner. (*Revue médico-chirurgicale*, déc. 1847.)

POLYPES (*Nouveau procédé pour la ligature des*). L'une des tendances de notre époque, en fait de chirurgie pratique, qu'il nous paraît le plus utile d'encourager, est la simplification des appareils et instruments. A ce titre, se recommande le procédé suivant, imaginé par M. le docteur Alexis Favrot, pour la ligature des polypes, procédé dénué de toute complication, et qui permet, sans instruments pour ainsi dire, de faire la ligature des polypes quels qu'ils soient, pourvu que le pédicule soit accessible à une tige du volume d'une sonde cannelée ordinaire. A tous les porte-nœuds et serre-nœuds employés jusqu'ici, M. Favrot a sub-

stitué deux sondes en gomme élastique, de dimensions variables, selon la capacité du canal où siége la tumeur ; en y joignant le mandrin d'une de ces sondes et un fil ciré, il parvient à faire la ligature de tous les polypes, dans les conditions précitées. Son perfectionnement consiste principalement dans l'agencement du fil destiné à entourer le pédicule, et dans la possibilité de trouver, avec une sonde ordinaire, tous les éléments des instruments usités jusqu'ici.



Voici comment les choses doivent être disposées : on prend deux algalies dont on coupe l'extrémité au-dessous des yeux. On dispose un fil de soie, fort, bien tendu, d'une longueur de deux mètres environ, dont on réunit les deux chefs de manière à doubler le fil dans son milieu. Puis, à l'aide du mandrin, on introduit dans chacune des deux sondes l'une des extrémités du fil ainsi plié, de manière à ce que l'une reçoive la réunion des deux chefs, et l'autre l'extrémité formée par l'anse résultant du doublement du fil. Chacune de ces extrémités doit dépasser d'une certaine étendue (quelques centimètres) l'extrémité inférieure de chaque sonde. On obtient ainsi un fil double, qui passe d'une sonde dans l'autre, parcourt le canal tout entier, et sort par l'extrémité de chacune d'elles. Tout étant ainsi disposé, on dédouble la portion de fil comprise dans l'intervalle qui sépare les deux extrémités supérieures des sondes, de manière à ce que l'un des fils reste tendu entre les deux sondes, tandis que l'autre, attiré en bas, soit flottant. C'est le premier de ces fils, celui qui reste tendu entre les deux tubes, qu'il s'agit de porter sur la tumeur.

Reste maintenant à décrire le procédé opératoire.

Les sondes, ainsi que l'anse de fil flottante entre elles, sont tenues de chaque main. Un aide dilate le canal ou soulève la base de la tumeur, si celle-ci est accessible. Le fil simple, tendu entre les deux bouts supérieurs des sondes, est glissé sous le polype. Les sondes cheminent de chaque côté de la tumeur. Dès qu'on est arrivé à la hauteur du pédicule, on rapproche les deux mains, et, par conséquent, les deux sondes, de manière à leur faire occuper la portion supérieure ou antérieure du polype. Dès lors, l'opération est pour ainsi dire faite; il ne s'agit plus que de passer les deux sondes, ainsi rapprochées, dans une seule main, en lâchant l'extrémité doublée de fil, qui sort par l'extrémité inférieure de l'une des sondes, puis à tirer sur l'un des chefs qui dépassent l'extrémité inférieure de l'autre sonde, ou même sur les deux à la fois, jusqu'à ce que l'on se trouve arrêté. Alors, on tire fortement sur les deux chefs ensemble; l'une des deux sondes devient ainsi libre et est aussitôt retirée. On introduit dans celle qui doit rester dans le canal, un mandrin ferme, sur lequel on serre les fils. Ce mandrin doit être recourbé à sa partie inférieure, de manière à ne pas dépasser la longueur de la sonde. La ligature, ainsi faite, peut être serrée davantage ou relâchée à son gré et aussi souvent que cela peut être nécessaire. — En l'absence de sondes, on pourrait se servir, au besoin, pour le même usage, de deux branches de sureau creusées à leur intérieur.

Ce procédé n'a pas encore été appliqué par son auteur. Mais si l'on en a bien compris le mécanisme, mécanisme très-simple et dont l'exécution doit exiger beaucoup moins de temps qu'il n'en faut pour le décrire, on restera facilement convaincu des services qu'il peut rendre, surtout aux praticiens qui n'ont pas toujours sous la main un arse-

nal complet d'appareils et d'instruments de chirurgie.

Puisque nous sommes sur les polypes, nous ne quitterons pas ce sujet sans mentionner une heureuse modification que M. Chassaignac vient d'introduire dans le procédé d'extraction. Ayant eu à extraire un polype des fosses nasales dont la présence déterminait une grande gène de la respiration, il a eu l'idée de saisir l'extrémité apparente du polype avec une pince à dissection munie d'un fermoir. La pince fermée, il l'a laissée pendre en l'abandonnant à son propre poids. Ce premier temps de l'opération eut pour effet de tendre le polype, de prévenir par là son refoulement sur lui-même au moment de l'introduction des pinces à polypes, et de permettre à celles-ci de remonter beaucoup plus haut vers son point d'insertion. La seconde partie de l'opération fut, en effet, des plus faciles. Il suffit d'énoncer cette manœuvre pour en faire saisir de suite tous les avantages et les applications qu'elle pourra recevoir. Elle serait applicable en particulier au procédé de ligature que nous venons de décrire, et dont elle faciliterait l'exécution, tout aussi bien qu'à l'extraction. (*Revue médico-chirurgic. de Paris*, janv. 1848.)

SYSTÈME DENTAIRE (*Rapports pathologiques du*) *et de l'appareil visuel*. Existe-t-il des relations directes entre le système dentaire et l'appareil visuel? Cette question semblerait oiseuse aux gens du monde qui n'hésiteraient pas un instant à la résoudre par l'affirmative. Elle est encore l'objet d'un doute pour un grand nombre de médecins; nous ne disons pas assez, par le mot de doute, car cette opinion est rangée par la plupart au nombre des préjugés populaires. Mais qui ne sait que dans les idées vulgaires il y a souvent une sorte de sentiment instinctif de la vérité, dont la science ne tient pas toujours suffisamment compte? Il n'est pas de médecin, cependant, qui n'ait été à même de voir les appréhensions et l'anxiété qu'inspirent à un grand nombre de personnes les opérations pratiquées sur les dents de la mâchoire supérieure. M. le docteur Teirlinck a voulu savoir jusqu'à quel point ces appréhensions traditionnelles étaient fondées, et s'il ne serait pas possible de donner du fait sur lequel elles reposent une démonstration rigoureuse et véritablement scientifique; en un mot, il a cherché à résoudre la question de savoir s'il existe des relations directes et des rapports pathologiques entre le système dentaire et l'appareil visuel. Il trouve les preuves de corrélations dans l'anatomie et dans la pathologie. Nous ne parlerons que de ces dernières.

Parmi les faits rapportés par M. Teirlinck se trouve l'histoire d'un médecin chez qui l'extraction d'une huitième molaire à la mâchoire supérieure gauche fut suivie de l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite et de la perte de l'œil du même côté. Chez un autre malade, jeune homme de vingt-cinq ans, l'extraction d'une petite molaire donna lieu à une mydriase qui céda heureusement au bout de quelques jours à des frictions opiacées; chez une dame qui souffrait depuis plusieurs mois d'une altération de la vue, présentant tous les symptômes d'une amaurose commençante, l'extraction d'un chicot formé par la racine de la dent canine droite de la mâchoire supérieure, mit fin au trouble de la vue, aux douleurs du globe oculaire, au larmoiement, à la photophobie et à tous les symptômes qui avaient inspiré une inquiétude réelle et fondée. Enfin, le cas le plus remarquable que cite M. Teirlinck est celui d'une jeune fille de vingt-six ans, chez qui l'extraction de la première grosse molaire droite à la mâchoire inférieure fut suivie d'une névrite ou névrilémite du nerf dentaire inférieur, inflammation qui, après s'être étendue au périoste qui tapisse l'os maxillaire inférieur et à tout le tissu cellulaire voisin, s'est propagée jusqu'aux membranes cérébrales et jusqu'au tissu cellulaire adipeux de l'orbite, et a causé la mort de la malade. Cette dernière observation tendrait à faire présumer que ce ne sont pas seulement les dents de la mâchoire supérieure qui se trouvent dans des rapports pathologiques avec l'œil, mais que l'extraction de celles de la mâchoire inférieure peut aussi réagir sur l'appareil de la vision.

A l'appui des faits qui précèdent, nous lisons l'observation suivante extraite du *Zeitschrift für rationnelle medicin*. M. le docteur Emmerich fut consulté par un homme, dans la force de l'âge, d'une bonne consti-

tation, pour une hypérémie de la conjonctive, durant depuis quatorze années, et s'exaspérant à la moindre excitation. L'état du malade n'était tolérable qu'à la condition de vivre uniquement de pain et de lait. La conjonctive et la sclérotique étaient légèrement injectées, surtout vers le bord de la cornée, laquelle présentait un aspect mat et était converte de quelques taches, suite d'ulcérations ou d'érosions; il y avait en outre un épiphora et de la photophobie. Le malade avait consulté un grand nombre de célébrités médicales dont les conseils ne lui avaient procuré aucun soulagement. M. Emmerich, ne trouvant aucune dyscrasie chez ce malade, soupçonna une simple irritation sympathique, pouvant très-bien se rapporter à la carie d'une dent molaire supérieure, douloureuse à la pression. Le malade se rappela, en effet, que l'inflammation de l'œil et la sensibilité de la mâchoire avaient commencé à la même époque. La dent fut arrachée, et l'ophthalmie disparut sans retour.

Ces faits, dont on trouverait sans doute, avec quelque attention, un grand nombre d'analogues, font voir la nécessité de tenir compte, dans l'étiologie des affections oculaires, de la réaction que les maladies des dents peuvent exercer sur l'œil, et d'apporter à l'avenir plus de circonspection quand il s'agit de l'extraction des dents de la mâchoire supérieure. (*Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, janv. 1848.)

VARIÉTÉS.

Quoique le *Bulletin de Thérapeutique* ait pour but et comme spécialité la plus haute, la plus difficile et, on peut le répéter, la plus importante partie de la science, la thérapeutique, il est bon, néanmoins, d'élargir ce cercle, sans sortir des attributions de notre recueil. Ainsi, nous nous proposons de jeter de temps en temps un coup d'œil général sur nos institutions médicales, d'indiquer leurs bases, d'en faire connaître les principes, et surtout d'en signaler les influences. Les institutions forment les mœurs d'une profession, et celles-ci, à leur tour, réagissent sur la profession : telle est la puissance du travail lent et latent des idées. Il est donc utile de bien connaître ce double mouvement, afin d'en apprécier les résultats avec une pleine et clairvoyante impartialité.

Une des plus remarquables de ces institutions est certainement l'Académie royale de médecine. Ce n'est pas, à beaucoup près, un corps vigoureusement constitué; on y remarque bien des imperfections; mais, tel qu'il est, on n'en doit pas moins rendre justice à la hauteur des vues de son principal fondateur, Portal, médecin d'un grand mérite, d'une célébrité méritée et archiatre de trois rois. Depuis Chirac, médecin du Régent, qui en eut le premier la pensée, beaucoup de médecins haut placés songèrent à une pareille institution, sans pouvoir jamais la réaliser. Une foule de préjugés, la jalousie, les petitesses de l'esprit de corps, la rivalité des médecins et des chirurgiens, l'espèce d'abaissement où l'on tenait les apothicaires, si malmenés par Gui-Patin, et qu'on affectait de tenir à distance, s'opposèrent longtemps à l'exécution d'une entreprise, conçue d'ailleurs sur des bases assez étroites. Mais la Révolution éclata, et, dans l'impétuosité de son torrent, toutes les corporations, toutes les institutions furent emportées, balayées, il y eut *table rase*; dès lors, il fut facile de construire un vaste et solide édifice. Il n'en était rien cependant, et ce ne fut que longtemps après l'éruption du volcan révolutionnaire, que Portal a pu réaliser son projet.

Une grande pensée a présidé à la fondation de l'Académie de médecine, c'est l'*unité*. C'est là ce qui fait sa force, sa gloire, le principe de l'influence qu'elle exerce; influence qui sera glus grande, plus manifeste, plus étendue encore; quand cette Société en aura saisi le secret et reconnu l'importance. Autrefois, il y avait une Faculté, une Société royale de médecine, une Académie de chirurgie, un Collége de pharmacie : maintenant, il n'y a plus qu'une Académie royale de médecine, absorbant les institutions dont nous avons parlé, en ajoutant de plus une fraction de vétérinaires. Le corps humain est *un* et *multiple;* l'art, par conséquent, est *un* et *multiple :* or, l'Académie, qui représente ce dernier, doit avoir et elle a, en effet, ce double caractère : elle est une et multiple; une dans son principe, multiple dans ses attributions, dans ses commissions, dans ses travaux qui, quelque variés qu'ils soient, doivent avoir l'assentiment général de l'Assemblée, pour qu'elle les accepte et les avoue sous sa responsabilité.

Ce grand caractère de l'unité multiple fut parfaitement conservé, dès l'origine, par les trois principales sections de médecine, de chirurgie et de pharmacie, sections qui s'assemblaient en particulier, mais qui avaient besoin, dans leurs principales résolutions, de l'assentiment général de l'Académie. On l'a dit et redit, il est fâcheux que l'on n'ait pas conservé cette forme académique, qui représentait parfaitement le caractère fondamental de cette Société. Les onze sections actuelles de l'Académie sont des fractions, des subdivisions, où l'on ne voit rien de semblable; le type est effacé. Toutefois, à la première formation, il existait un vice de classification des plus saillants, c'est que l'Académie était pour ainsi dire *cadastrée;* il y avait des titulaires, des honoraires, des associés, des adjoints. Conçoit-on une classification aussi fausse, aussi arbitraire? C'était établir, pour les titulaires, une sorte d'aristocratie académique, d'élévation d'un côté, d'abaissement de l'autre, qui ne pouvait durer. « La raison, dit le célèbre Louis, secrétaire de l'Académie de chirurgie, est au-dessus des lois humaines, quand elles s'écartent de l'ordre essentiel. Les règlements n'ont de *stabilité* qu'autant qu'ils sont exactement conformes à la règle souveraine de l'équité. » (*Histoire de l'Académie royale de chirurgie.*) Rien de plus vrai; aussi la classification première de l'Académie a été d'autant plus vite abandonnée, que l'*incapacité* académique des adjoints contrastait avec la haute *capacité* scientifique de plusieurs d'entre eux. Au bout de quelques années, on revint à ce grand principe, la parfaite égalité des membres dans une société savante. Qu'est-ce, en effet, qu'une académie? C'est le principe d'association appliqué aux sciences; et ce principe est-il profitable, est-il fructueux, avec une sorte de hiérarchie intérieure, cause toujours renaissante de rivalités, de variétés, d'obséquiosités, d'intrigues, qui nuisent aux travaux de la Société et compromettent sa dignité?

Héritière de l'ancienne Société royale de médecine, de l'Académie de chirurgie, d'une foule de Comités établis par les gouvernements précédents, les attributions de l'Académie royale de médecine sont très-étendues, ainsi que le porte un article de son règlement. Elle est instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties, les différents cas de médecine légale, la propagation de la vaccine, l'examen des remèdes nouveaux et des remèdes secrets, ant internes qu'externes, les eaux minérales, etc. Ce n'est pas tout, l'A-

cadémie est le centre d'une infinité de travaux particuliers; puis viennen les prix fondés par elle, les prix qui résultent de beaucoup de legs, etc. Certes, le cadre est vaste, et si la production répond aux attributions, l'influence de cette Société doit être immense sur la science, et les résultats aussi nombreux qu'importants. Malheureusement, il n'en est pas tout à fait ainsi. A quoi cela tient-il? Nous pouvons le dire sans imiter cette foule de critiques vulgaires, qui blâment sans motifs et louent sans plus de raison. Se voiler la face, et rire de pitié, comme font quelques autres, n'annonce que de l'ignorance ou du malin vouloir. Un coup d'œil impartial pourra suffire, nous l'espérons, pour examiner et scruter l'origine des lacunes dont nous avons parlé.

Les causes qui font que l'Académie de médecine, dont le personnel est remarquable, est entravée dans sa marche, sont diverses; une des premières est l'excessive parcimonie du gouvernement. Si nous sommes bien informé, le budget de l'Académie est des plus minces, et, par conséquent, les ressources de cette Société sont très-minimes, infiniment bornées. Au lieu d'un hôtel, elle n'est logée qu'à loyer dans une maison, dont elle n'occupe même qu'une partie. Il y a quelques années, on demandait à un ministre des finances un local pour l'Académie de médecine; on lui en indiquait même un, rue de Lille. Il répondit effrontément : « Je le réserve pour quelque chose de plus important. » Ainsi, la vie, la santé des citoyens, la salubrité publique, n'étaient rien aux yeux de ce Turcaret au pouvoir! Et l'Académie fut évincée de ses prétentions. La faiblesse du budget académique n'a pas permis de faire des collections, d'avoir un cabinet d'anatomie physiologique et pathologique, un laboratoire de chimie, enfin, une bibliothèque digne du premier corps médical de la France. Les membres de cette Société sont, d'ailleurs, fort loin d'être traités comme ceux des autres Académies. Des jetons, passablement atrophiés, produisant à peine 150 fr. par an, avec une extrême assiduité aux séances, ne sont pas un encouragement suffisant. Qui l'ignore? il n'y a rien de plus précieux, de plus rare et de plus cher à Paris que le temps. Faites donc en sorte que chaque académicien ne puisse inutilement dépenser le sien. Exiger beaucoup et largement rétribuer, c'est un excellent moyen de tout obtenir des hommes éclairés. Le pur amour de la science est une belle et louable chose, mais l'exercice de la profession, les nécessités sociales et de famille, sont bien aussi quelque chose.

Ce que nous venons de dire explique comment une infinité de travaux sont arriérés à l'Académie de médecine, comment ils s'accumulent sans qu'on puisse les mettre à jour, comment des médecins sont inscrits depuis des mois et des années, pour des lectures, sans espoir de monter aux *rostres* de l'Académie, comment enfin des Mémoires lus depuis longtemps attendent et attendront éternellement des rapports. Il n'est pas de misérable charlatan dont on ne parle, à la vérité, en le condamnant, lorsqu'il est question des remèdes secrets, et il est beaucoup de bons travaux, de recherches importantes, à jamais perdus dans les cartons-catacombes du secrétariat de l'Académie. On a souvent blâmé l'Académie de quelques décisions absurdes; certes, il y en a de telles, mais cette Société partage en cela la destinée de toutes les assemblées; on en voit certes de plus élevées que l'Académie de médecine et qui ne font pas toujours un accueil encourageant au bon sens et à la raison. Le parti de la *quantité*, celui des votes plus nom-

breux, fait parfois scission avec la vérité. Cela s'est vu de tout temps; aussi peut-on dire quelquefois : l'Académie a jugé, le public jugera.

Il ne faut pourtant pas pousser trop loin le principe précédent. Souvent nous avons entendu dire que l'Académie de médecine était en arrière, qu'elle ne favorisait ni les lumières ni le progrès : cela est vrai dans quelques occasions, mais non pas toujours, assurément. Lorsqu'une espèce d'inventeur de quelque médicament absurde, d'une machine plus ou moins utile, d'un procédé insignifiant, vient se plaindre de l'Académie, la taxe d'*obscurantisme*, cela doit être et cela est parfaitement ridicule. Mais il est aussi des médecins qui, voyant que l'Académie n'abonde pas dans leur sens et se tient dans une sage réserve, ne manquent jamais de lui reprocher son indolence et son indifférence. A leurs yeux, l'Académie n'est qu'une *nécropole* scientifique. Dans ses colloques familiers, Broussais attaquait sans cesse l'Académie de médecine, qui osait ne pas faire un cas extrême de la médecine physiologique ; il n'est pas de sarcasmes, de plaisanteries, de quolibets, que lui et ses plus chauds partisans ne lançassent sur ce corps savant. Eh bien ! qui avait tort, qui avait raison? Le temps a décidé la question, et certes ce n'est pas en faveur du fougueux médecin novateur. Ce qui émane d'un corps savant doit toujours avoir un certain caractère de lenteur, de sagesse et de maturité.

Toutefois, il n'est pas aussi aisé de disculper l'Académie de ces interminables discussions sur un point donné de la science, discussions fatigantes, oiseuses, où l'intérêt personnel, la vanité et une foule de petites passions trouvent plus de place que la vérité. C'est en éclairant les questions qu'on les décide, sans contredit; mais est-donc éclairer les questions que les agiter par une polémique surabondante, par des preuves contradictoires, par des divagations, des affirmations sans fin, par une multitude de raisons pour ou contre, qui fatiguent l'auditeur, le laissent dans le doute, et la question sans solution? Et puis, quel triomphe pour ceux qui, éminemment doués de qualités *phoniques*, jouissent de l'effrayante qualité de parler longtemps, de parler encore, de parler toujours! On voit à l'Académie quelques-uns de ces orateurs dont la verve à jets continus ne tarit en quelque sorte que par épuisement. Le temps est rapide, l'Académie n'a que deux heures par semaine à donner aux discussions scientifiques ; comment ne pas mettre de bornes au *cacoethes loquendi* de quelques-uns de ses membres? Quelques observations courtes et pleines de sens font souvent plus d'effet que de longues dissertations; il en est des paroles comme des pièces d'or et d'argent ; celles-là sont les meilleures qui, sous moins de masse et de poids, ont néanmoins plus de prix.

L'Académie de médecine est une éminente Société scientifique ; son principe est grand et utile; son personnel se compose d'hommes recommandables: aussi, qu'il y ait plus d'activité et d'ensemble dans ses travaux, plus de dignité dans ses discussions, plus de tendance aux solutions directes, une coalition plus prononcée des capacités pour signaler le progrès, pour le propager, le hâter, le féconder, et cette Société obtiendra toute la considération qu'on lui doit et le haut rang qui lui appartient.

L'Académie de médecine a procédé, dans sa séance du 30 janvier, à l'élection des membres correspondants pour 1848. Ont été nommés MM. Le-

vicaire *à Toulon*, Lagarde *à Conflens*, J. Roux *à Cherbourg*, Levrat aîné *à Lyon*, Toulmonde *à Sédan*, Debrou *à Orléans*, Murville *à Lille*, Bonisson *à Montpellier*, Richond des Brus *à Néris* , et Dupasquier *à Lyon*. Quoique ces nominations laissent en dehors des hommes d'un mérite incontestable, nous n'avons qu'à féliciter l'Académie des choix qu'elle vient de faire.

La section de pathologie chirurgicale a formé sa liste de présentation des candidats à la place vacante : voici cette liste par ordre alphabétique : MM. Chassaignac, P. Guersant, Huguier, Lallemand, H. Larrey, Ricord.

La Commission chargée de l'examen du projet de loi sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, se compose de MM. Richond des Brus, Pouillet, Mottet, de Falloux, de Peyramont, Lestiboudois, Malgaigne, Quénault. Cette Commission s'est réunie plusieurs fois, mais sans entrer encore dans l'examen des questions soulevées par le nouveau projet de loi.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient de créer une Commission sanitaire chargée d'émettre des avis sur les questions relatives à la santé publique, qui seront soumises à son examen. Elle se compose de MM. Orfila, président; Andral, Chomel, Cruveilhier, Gueneau de Mussy, Melier, Roche, Royer-Collard. Les mesures à prendre contre l'invasion du choléra, l'organisation et la surveillance du régime quarantenaire, d'après les bases de l'ordonnance du 18 avril 1847, sont dans les attributions de ce Comité.

Le jury du concours pour la chaire de chirurgie médicale vacante à la Faculté de Montpellier, vient de rendre un arrêté auquel on était loin de s'attendre. A la majorité de 5 voix contre 4, il a été décidé qu'il n'y avait pas lieu à nomination. Les candidats se sont réunis, dit-on, pour demander au ministre des épreuves supplémentaires.

Le concours pour la chaire d'accouchement, vacante à la Faculté de médecine de Montpellier, par suite de la mort du professeur Delmas, sera ouverte le 3 avril prochain. Il se composera de quatre épreuves : une composition écrite ; deux leçons faites, l'une, après vingt-quatre heures, l'autre, après trois heures de préparation; une thèse, ou dissertation, enfin une ou plusieurs épreuves pratiques dont l'objet sera déterminé par le jury.

Une jeune fille de quinze ans vient de mourir à Londres à la suite de l'emploi du chloroforme dont un chirurgien s'était servi avant de pratiquer sur elle une opération chirurgicale. Le jury a constaté par son verdict que la jeune fille avait succombé à une affection du poumon occasionnée par le chloroforme, mais qu'aucun blâme ne peut être encouru par le chirurgien, ni par son aide.

La Société de médecine de Lyon a tenu, le 24 janvier, sa séance publique annuelle. M. Viricel, le premier maître de Lisfranc, doyen du corps médical lyonnais, a exposé, dans un discours où la maturité des pensées s'alliait heureusement au style animé : « quelles sont les causes des erreurs que l'on peut commettre dans l'exercice des différentes branches de l'art de guérir. »

Le prix qui devait être décerné dans cette séance sur l'emploi de l'iodure

de potassium a été accordé à M. Payan, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix ; c'est la seconde distinction académique obtenue par cet habile praticien sur le même sujet. Un second prix, consistant en une médaille d'or, a été décerné à M. Dorvault, pharmacien à Paris, dont le remarquable travail, mais moins exclusivement médical, avait longtemps balancé les suffrages de la Commission.

La Société de médecine de Gand vient de recevoir de la régence de cette ville, pour orner le local de ses séances, un magnifique tableau ancien que le ci-devant collége de médecine avait fait faire en l'honneur du célèbre Palfyn. Ce tableau représente un cas curieux de monstruosité ischiadelphe.

M. Louis Stromeyer, professeur à la Faculté de médecine de Fribourg, a été appelé par le roi de Prusse pour occuper la chaire devenue vacante à Berlin par la mort de Dieffenbach.

M. Syme, un des professeurs les plus distingués de l'École médicale d'Édimbourg, a été appelé à venir occuper la chaire devenue vacante par la mort de M. Liston.

M. Godron, professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à l'École secondaire de Nancy, est nommé directeur de cette école en remplacement de M. Simonin, nommé directeur honoraire.

Le docteur Thielmann a publié dans la Gazette médicale de Russie, les observations suivantes sur la marche du choléra : au mois de décembre dernier, le froid rigoureux a tellement arrêté le choléra que l'on serait porté à croire qu'il est sur le point de disparaître complètement, comme cela est arrivé dans la province de la mer Caspienne. A l'exception de Moscou, Mohilew et Witepsk, il a disparu de toutes les grandes villes; et même dans celles-ci et les localités les plus petites, il est si faible qu'il paraît prêt à disparaître.

D'après les relevés faits par les magistrats de police en Irlande, le nombre des individus morts de faim ou de maladies résultant de la mauvaise alimentation, s'est élevé, pendant l'année 1847, à 36,000.

Nous avons, il y a quelques mois, rapporté le jugement du tribunal de première instance, qui frappait de nullité l'acte de vente d'une clientèle de médecin ainsi que les conditions accessoires qui accompagnaient cette vente. Cette jurisprudence vient d'être adoptée par la Cour royale de Paris. Ces sortes de transactions qui se font journellement, et que pour notre compte nous trouvons très-loyales, telles qu'on les pratique généralement, n'auront donc plus désormais d'autre garantie que la bonne foi et la délicatesse de l'acquéreur.

Un riche propriétaire, M. Verder, vient de mourir à Paris à l'âge de quatre-vingt-neuf ans. Il laisse par son testament une somme de 1,500,000 fr. pour fonder un asile pour la vieillesse indigente, spécialement consacré aux personnes exerçant des professions libérales, telles que médecins, avocats, professeurs, hommes de lettres et savants.

M. Grosz, membre du Conseil municipal de Strasbourg, a légué par testament olographe, aux hôpitaux de cette ville, toute la portion de sa fortune dont il lui était permis de disposer. Cette portion est évaluée à 150,000 fr.

La manie du chloroforme tend à se répandre à Edimbourg, comme la manie des chemins de fer il y a quelques mois. On se réunit le soir dans les salons les plus élégants pour faire des expériences sur le chloroforme. On raconte que, dans une de ces réunions, une dame s'est écriée, au grand scandale de l'honorable société : «Cher Charles, viens dans mes bras». Ces séances ne se sont pas toujours passées sans encombre, et il paraît que plusieurs des expérimentés se sont livrés à quelques actes en désaccord complet avec les règles de l'étiquette.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA CURABILITÉ ET DU TRAITEMENT RATIONNEL DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par M. le professeur FORGET.

« En adoucissant les symptômes, on emporte
« toujours quelque chose de la maladie
« principale. »
BOERHAAVE (*Institut.*, 1244).

(Suite et fin (1).)

§ II. *Du Traitement rationnel de la phthisie pulmonaire.*

Si l'on en croyait les prôneurs de remèdes, la guérison de la phthisie serait chose fréquente et facile, et nous aurions cent remèdes pour un. Mais cette richesse apparente, comme on l'a dit avec raison, accuse notre impuissance ; car si nous possédions quelques bons remèdes on ne s'évertuerait pas à en trouver d'autres. Les vrais praticiens savent d'ailleurs que penser de tous ces prétendus spécifiques, et l'on ne saurait trop proclamer cette vérité dont pourtant on a beaucoup abusé, à savoir : que les procédés curatifs doivent varier selon les circonstances des faits, la nature et les combinaisons des éléments morbides ; axiome qui nous oblige à formuler quelques propositions préliminaires.

1° La diathèse tuberculeuse est un fait, puisque tous les sujets ne deviennent pas phthisiques dans les mêmes circonstances ; mais nous ignorons l'essence de cette diathèse, puisqu'on voit devenir phthisiques des sujets qui ne présentent aucun des caractères que nous lui assignons.

2° S'il est vrai que la tuberculisation puisse se développer primitivement et d'emblée, il n'est pas moins avéré que, dans la plupart des cas, la phthisie fait explosion à propos d'une phlegmasie thoracique ; proposition sentant l'hérésie, c'est-à-dire le physiologisme, pour ceux qui ne savent pas que telle est l'opinion d'Hippocrate, de Sydenham, de Morton, de Cullen, de Stoll, d'Hufeland, etc.

3° Ce n'est pas le tubercule qui épuise et qui tue les malades, c'est le travail d'inflammation, de désorganisation qu'il suscite autour de lui ; inflammation manifestée par les caractères anatomiques aussi bien que par les symptômes de la phthisie pulmonaire. Ainsi pensent Cullen, Stoll et Hufeland qui dit positivement : « Les tubercules dans les poumons

(1) Voir le numéro de janvier, pag. 11.

agissent comme des corps étrangers et entretiennent une irritation constante ; de là une congestion sanguine continuelle dans les organes pulmonaires. » (*Méd. prat.*, t. I.) Ce mode d'action du tubercule fut signalé par Hippocrate lui-même : « Quand le tubercule passe à l'état de maturation, dit-il, la douleur devient plus aiguë, la *poitrine s'échauffe*, etc. » (*De morb.*, lib. I.)

4° Par une fatale réciprocité, l'inflammation incidente concourt à cette *maturation* du tubercule ; c'est-à-dire qu'elle fait passer la phthisie aux deuxième et troisième degrés, au ramollissement du tubercule et à la formation des cavernes : « Toute inflammation, dit Hufeland, augmente le développement des tubercules et accélère la fonte purulente. » (*Ibid.*)

5° Donc, c'est l'inflammation qui, à toutes les périodes, constitue l'élément le plus dangereux, le plus actif de l'évolution tuberculeuse : « La phthisie, dit Cullen, est constamment accompagnée de la diathèse inflammatoire. » (*Mat. méd.*, t. II.) « Les malades, dit Stoll, ont tous les signes de l'inflammation latente, chronique des poumons... ; une partie de l'organe tombe en suppuration, tandis que l'autre reste prise d'une inflammation qui ne mûrit point.» (*Méd. prat.*, t. I.)

6° La tuberculisation, en se généralisant, envahit les autres organes, notamment le tube digestif, non pas seulement une fois sur cinq (Louis), mais au moins neuf fois sur dix ; d'où l'entérite, l'ulcération, la perforation tuberculeuses, manifestées par les coliques, la diarrhée colliquative dont Hippocrate proclame la léthalité (*sect.* v, *aphor.* 14), la péritonite ultime, etc. ; d'où la nécessité de ménager le tube digestif des phthisiques presque à l'égal de leurs bronches.

7° A côté de ces grands principes fondamentaux qui dominent la thérapeutique de la phthisie, il en est d'accessoires et relatifs à quelques symptômes qui, par leur importance, s'élèvent parfois au rang d'éléments capitaux ; tels sont la toux, les crachats, l'hémoptysie, la diarrhée, les sueurs, la fièvre qui réclament souvent un traitement spécial coordonné, bien entendu, avec le traitement principal. En opposant à ces symptômes ou complications des moyens rationnels, on voit souvent se réaliser cette profonde sentence de Boerhaave, que nous avons prise pour épigraphe.

Le lecteur nous pardonnera ces prémisses indispensables à l'intelligence, à la justification de nos procédés thérapeutiques, et nécessaires à l'appréciation des nombreuses médications instituées contre la phthisie pulmonaire. Entrons en matière.

Au premier soupçon des tubercules, suivant qu'existeront ou n'existeront pas les caractères assignés à la diathèse tuberculeuse, le traitement

fondamental devra différer de nature. Tout ce qu'on a dit de l'efficacité des toniques, des analeptiques, ne s'applique qu'à cette diathèse révélée par les signes classiques : débilité, pâleur, mollesse des tissus. Dans les circonstances contraires, il est évident que le traitement initial devrait reposer sur les antiphlogistiques, les débilitants indiqués par la pléthore et l'élément phlegmasique.

Une fois constatée la tuberculisation au premier degré, par la matité, la respiration rude, l'hémoptysie etc., l'embarras va commencer, surtout s'il existe des signes de diathèse ; car si celle-ci indique l'emploi des toniques, le tubercule est, par lui-même, une cause imminente, sinon un effet de l'inflammation, et la pratique démontre qu'une fois déclarée, la tuberculisation s'arrange mal du quinquina, des ferrugineux, du vin, du régime animal, sous l'influence desquels la poitrine s'échauffe, selon l'expression d'Hippocrate ; c'est-à-dire que la toux, l'oppression augmentent, la fièvre s'allume et l'invasion du second degré se trouve hâtée.

C'est surtout à cette période que la théorie indique l'emploi des prétendus résolutifs et fondants ; mais en conscience, et quelque légitimes que soient les espérances fondées sur la chimie, où sont les cas de succès avérés qu'on puisse attribuer à l'iode, aux alcalis, aux antimoniaux, aux mercuriaux, etc. ? Au demeurant, on peut expérimenter ces moyens, mais sans oublier qu'à part leurs propriétés spécifiques, ils agissent comme stimulants en rentrant ainsi dans les considérations précédentes.

En définitive et de par les plus graves autorités, c'est moins aux médicaments qu'à l'hygiène qu'il faut demander des secours contre la phthisie commençante ; un régime doux et nutritif, la chaleur, l'air pur, les exercices modérés, l'émigration, tels sont les meilleurs remèdes.

Lorsque apparaît le deuxième degré ou la période de ramollissement du tubercule, le traitement de la diathèse perd de son importance pratique, ou du moins se trouve relégué sur le second plan ; car ce qui importe ici c'est de modérer la fonte tuberculeuse dont la cause formelle, ainsi que nous l'avons démontré, gît particulièrement dans l'inflammation ; la médication antiphlogistique mitigée, proportionnée aux forces du sujet et à l'expression des symptômes inflammatoires, est de rigueur. La saignée, qu'on le sache bien, a été préconisée, avant Broussais et son école, par une foule d'autorités dont voici quelques-unes : Sydenham fait ressortir les avantages de la saignée dans maint passage, notamment dans celui-ci : « Quand la phthisie est avancée, elle résiste presque toujours à toutes sortes de remèdes ; on peut néan-

moins tenter de la guérir... Pour cela il faut employer la saignée du bras, les doux purgatifs, les pectoraux, etc. (*Méd. prat.*, p. 638).» Morton, ce rival de Sydenham, concorde pourtant avec lui sur ce point : « Instruit par l'observation répétée, dit-il, je ne doute pas que beaucoup de malades ne tombent dans la phthisie par suite de la pneumonie, du catarrhe et autres affections de ce genre, soit par l'incurie du médecin, soit par l'appréhension du malade et des assistants qui s'opposent à ce qu'on ait tiré du sang en temps opportun, assez souvent et en quantité suffisante... C'est pourquoi j'ai coutume de saigner largement et avec d'excellents résultats les phthisiques, toutes les fois qu'ils ont la fièvre. Je ne me rappelle pas m'en être jamais repenti. » (*Phthisiolog.*, lib. II, cap. II). Selon Dower : « Comme c'est ici une maladie d'inflammation, il faut écarter tous les remèdes, excepté ceux qui sont propres à l'apaiser. » (*Legs d'un méd.*) Puis il formule son traitement, qui consiste surtout à répéter la saignée selon l'occurrence ; il saignait certains malades tous les deux, trois et cinq jours ; un d'eux fut saigné cinquante fois (*loc. cit.*, p. 42, 44, 45). Nous ne donnons pas cela comme exemple, mais comme preuve que la saignée répétée n'est pas d'invention moderne. Selon Stoll, « plusieurs causes s'opposent à la guérison des ulcères du poumon : outre l'abcès, on trouve l'inflammation des parties qui l'avoisinent... Ceux qui ont traité la phthisie par de petites saignées répétées me paraissent, dit-il, avoir le mieux connu la nature de cette maladie ; des saignées proportionnées à la maladie et aux forces des malades, les émollients, un régime purement végétal, sont les meilleurs moyens de guérir la phthisie purulente, accompagnée d'une inflammation notable du reste des poumons. » (*Méd. prat.*, t. I, p. 114-188) ; voyez aussi ses *aphorismes*, 810 et suivants. Selon Hufeland, « des poumons maladifs, tuberculeux, ou la simple tendance à la phthisie, constituent des indications pour la saignée. » (*loc. cit.*, p. 217.)

Nous pourrions invoquer d'autres autorités encore : celles de Boerhaave, de Cullen, etc. ; mais nous prévoyons l'objection : « Tous ces grands hommes ayant ignoré l'auscultation, la médecine exacte, leurs observations sont sans valeur. » La logique de MM. les critiques est vraiment fort commode ! lorsqu'il s'agit de conspuer telle doctrine, ils s'inclinent devant les anciens et en invoquent pompeusement l'autorité ; mais lorsqu'on leur prouve que ces anciens sont du parti de cette doctrine, ils renient leurs divinités et récusent nettement leurs témoignages !... Mais à qui ferait-on croire que Sydenham, Stoll, Cullen, Hufeland, ne savaient pas distinguer la phthisie !

Quoi qu'il en soit de tant et de si graves autorités, ce n'est pas la

saignée répétée, la saignée quand même, que nous soutenons, c'est la saignée clairement indiquée, et surtout la saignée locale sur le thorax, *pro ratione virium*. Viennent ensuite les émollients ; mucilages, émulsions végétales et animales, fécules, gelées, etc. Boerhaave usait beaucoup du petit-lait et préférait le lait de femme à tout autre ; c'était au moins un moyen de prévenir les falsifications qui ont fait bannir ce breuvage dans les grandes villes.

Toutefois, l'expérience n'a que trop démontré l'insuffisance des émollients seuls dans la phthisie déclarée. Aussi recommandons-nous expressément, à titre d'adjuvant essentiel, une autre médication dont nous avons compendieusement fait ressortir les avantages dans un autre travail (1) ; c'est la médication narcotique, en tête de laquelle nous plaçons les opiacés. Telle est ici l'importance de l'opium que nous dirions volontiers, après Sydenham, que sans lui nous renoncerions au traitement des affections pulmonaires. Les autres médicaments de la même classe, la jusquiame, tant vantée par Hufeland, l'aconit, préconisé par Stoöc et Murray, la ciguë, le datura-stramonium, le laurier-cerise, etc., ne peuvent entrer en parallèle avec lui. Le sirop d'acétate de morphine est devenu notre agent favori, à la dose d'une ou deux cuillerées à café prises le soir. La belladone rendra parfois de bons services ; mais il est un autre sédatif bien précieux, en raison de son action spéciale sur la circulation, c'est la digitale. M. Bayle, dans sa *Bibliothèque thérapeutique*, a compilé de nombreux exemples de son efficacité. Quant à l'acide hydrocyanique, déjà préconisé par M. Magendie, nous avons démontré qu'il agit comme sédatif pur et simple (2) ; restent les dangers de son administration.

Résumons en quelques mots les avantages des sédatifs : que la toux soit effet ou cause de la tuberculisation, on peut, en la combattant, prévenir ou du moins retarder la fonte tuberculeuse ; c'est ainsi qu'on a pu considérer avec assez de vraisemblance l'opium comme prophylactique de la phthisie (de Meza, Marx). — La fonte tuberculeuse une fois établie, l'opium peut en retarder les progrès, peut-être même la suspendre pour un temps plus ou moins long, en dissipant les éléments toux, douleur, sécrétion. — La cicatrisation des cavernes peut être favorisée par l'usage de l'opium, qui procure au poumon le plus de repos possible (Tralles, Van Swieten, Murray, Desbois de Rochefort). — La phthisie

(1) A ce propos, nous prions bien nos confrères de croire que nous sommes tout à fait étranger à ce *sirop du docteur Forget*, annoncé depuis quelque temps dans les journaux.

(2) De l'opium dans le traitement de l'hémoptysie et de la phthisie pulmonaire. (*Bullet. de thérap.*, tom. XXVII, p. 47.)

persistant au même degré, l'opium peut retarder la catastrophe en calmant la douleur et la toux, en prévenant et réprimant les hémoptysies, en modérant ou tarissant les sécrétions bronchiques et caverneuses, les flux intestinaux qui épuisent le sujet... Pour plus de détails, nous renvoyons à notre travail sur ce sujet.

Les émollients, les évacuations sanguines modérées, les sédatifs, constituent, à vrai dire, le trépied, la base fondamentale du traitement de la phthisie confirmée, à part le puissant concours d'une hygiène bien dirigée. Cette simplification pourra suspendre et susciter des doutes, peut-être même soulever des dédains pour une thérapeutique aussi pauvre en apparence. Et pourtant, pour se convaincre de ses avantages, il suffira de méditer la pratique des grands médecins passés et présents ; il suffira de réfléchir au mode d'action d'une foule de moyens réputés spécifiques et qui rentrent, tout simplement, dans les précédentes catégories : telle est, par exemple, l'huile de foie de morue (ou de poisson) qui, pour nous, et nonobstant clameur de haro, est un simple adoucissant. Les proportions d'iode, de brôme et autres éléments auxquels on a voulu attribuer son efficacité, s'y trouvent en quantité si faible, si contestable, que je ne crois pas pouvoir en tenir compte. L'huile de morue me paraît être d'une efficacité réelle, lorsqu'elle est agréée et supportée, ce qui est moins général que ne le prétendent ses prôneurs ; elle mitige les accidents, entretient doucement la liberté du ventre, favorise le retour de l'embonpoint ; bref, elle place les malades dans des conditions favorables sinon à la guérison, du moins à la prolongation de l'existence.

La plupart des spécifiques de la phthisie appartiennent à la classe des narcotiques, tels sont l'aconit, la ciguë, la jusquiame, l'eau de cerise, l'acide hydrocyanique, la digitale, etc. Quant aux spécifiques empruntés aux autres classes, aux toniques (lichen d'Islande, polygala, lierre terrestre, etc.), aux astringents (acétate de plomb, monésia, etc.), aux irritants (chlore, créosote, etc.), aux altérants (antimoniaux, mercuriaux, iode, alcalins, etc.), leur efficacité est fort contestable ; et de plus ils sont dangereux, ce qui du moins n'a pas lieu pour les émollients et les anodins.

Nous devons mentionner une autre indication dont la puissance a été tour à tour exaltée et contestée par les observateurs, c'est la médication révulsive. Les irritants (pommade stibiée, huile de croton), les vésicants (cantharides, ammoniaque), les cautères, les moxas, le séton, appliqués au thorax, sous les clavicules, auraient, au dire de quelques-uns, procuré des guérisons. Nous ne contestons point ces faits; nous engageons même à recourir à ces moyens énergiques ; mais, ces conces-

sions faites à quelques hasards heureux, nous rappellerons les cas innombrables où ces agents restent sans effet et provoquent, en pure perte, la douleur et l'épuisement; si bien que, pour la plupart des praticiens réfléchis, les exutoires sont une sorte de moyen sacramentel qu'ils appliquent par obséquiosité pour les règles de l'art et pour l'acquit de leur conscience, plutôt que dans l'espoir d'en retirer le moindre bénéfice. Combien, pour ma part, n'ai-je pas vu périr de malheureux martyrisés par ces fonticules dont leur poitrine avait été criblée par des praticiens à foi robuste!

Nous arrivons au traitement du troisième degré ou des cavernes, degré qui n'est que l'évolution du second, car il consiste dans l'évacuation de la matière tuberculeuse ramollie. Les éléments fondamentaux restant les mêmes, le traitement fondamental devra donc rester aussi le même, sauf quelques modifications. On insistera donc toujours sur les émollients et les sédatifs, tout en obviant à l'aggravation ou à l'apparition de certains accidents qui réclament, *per se*, des secours spéciaux : vous aurez à vous opposer à l'épuisement croissant du sujet au moyen d'une alimentation aussi substantielle que pourront le permettre l'excitabilité générale et la susceptibilité du tube digestif; à mitiger, s'il se peut, les exacerbations fébriles au moyen de la digitale ou du sulfate de quinine prudemment administrés; à modérer l'abondance des crachats au moyen de toniques et d'astringents légers, tels que les baumes-résines, le lichen, le polygala, les labiées, l'acétate de plomb, qui compte autant de détracteurs que de partisans, le tannin, le cachou, le ratanhia, le monésia. La difficulté de l'expectoration, au contraire, pourra réclamer l'emploi des prétendus incisifs : la scille, les antimoniaux, les alcalins, mais sans oublier la sentence formulée par Gui-Patin : « *Qui dicuntur bechici omnes calent, nec perveniunt ad pulmonem, nec juvarent si pervenirent.* » — Après quelques espérances promptement déçues, nous ne comptons plus, pour cicatriser les cavernes, sur les perfides secours du chlore et de la créosote. Vous aurez à combattre cette fatale diarrhée ulcéreuse, trop souvent provoquée par vos médications actives, au moyen des opiacés, avant tout, puis des révulsifs cutanés, puis des astringents ci-dessus mentionnés. On oublie trop souvent que cette diarrhée tient à des lésions organiques incurables, et qu'il faut craindre d'activer. Aux sueurs colliquatives, essayez d'opposer quelques amers astringents, les macérations de quinquina, l'agaric blanc, ou bien l'acétate de plomb, etc.

On voit que ces médications accessoires, cette médecine des symptômes, se résument dans deux médications principales, les toniques et les astringents, qui, rationnels au point de vue de l'accident à combattre,

sont trop souvent contre-indiqués par un des éléments fondamentaux, l'inflammation chronique ou même aiguë dont ces accidents ne sont souvent que l'expression. C'est ainsi que, fréquemment, les astringents ne modèrent les crachats et les sueurs qu'en augmentant la toux, l'oppression et la fièvre; qu'ils n'arrêtent la diarrhée qu'en provoquant des coliques, des symptômes d'entérite, etc., d'où résulte qu'en définitive le plus sage est encore, dans bien des cas, de subir ces aggravations, après avoir acquis la conviction de l'impuissance ou des dangers des remèdes accessoires, et d'insister sur le traitement rationnel des lésions fondamentales, sur les adoucissants, les sédatifs et les révulsifs.

Que si, sous l'empire de ces simples moyens, vos malades ne guérissent pas, c'est qu'ils ne sont pas guérissables; que s'il est douloureux d'assister, désarmé, à cette destruction lente et inévitable, il est bien plus pénible encore d'avoir sur la conscience l'emploi de médications irrationnelles, dangereuses, qui, manifestement, ont aggravé la maladie et précipité la catastrophe.

Ces doctrines sont le résultat d'une douzaine d'années d'observation attentive faite sur quatre cent cinquante phthisies confirmées qui sont passées à ma clinique, période pendant laquelle nous avons essayé de tous les traitements, expérimenté tous les remèdes nouveaux, comme il appert sur nos publications dans ce journal même et par nos compte-rendus de clinique.

Nous le répétons en terminant, par ce traitement si rationnel, si simple et pourtant si variable, grâce aux nombreux succédanés des médications antiphlogistique, narcotique, révulsive et hygiénique, on guérira les malades susceptibles de guérir; on prolongera autant que possible l'existence de ceux qui sont incurables. Les personnes qui fréquentent nos salles sont frappées de l'espèce d'immobilité de la plupart de nos phthisiques; il en est bon nombre qui séjournent chez nous pendant des années dans un état quasi-stationnaire; quelques-uns sortent, de guerre lasse, pour rentrer bientôt, après avoir éprouvé l'insuccès des secours qu'ils espéraient ailleurs; la plupart s'éteignent lentement, doucement, sans orages et comme par l'épuisement spontané du principe de la vie. Parcourez nos feuilles de clinique, vous y trouverez presque invariablement une tisane adoucissante, une potion émulsive, une dose de narcotique pour la nuit; par-ci par-là une petite saignée générale ou locale; souvent l'huile de morue, parfois la digitale, rarement des toniques ou des astringents, encore moins de fondants; presque toujours un exutoire; constamment un régime léger, suffisamment nutritif... Quelques esprits exigeants trouveront que ce n'était pas la peine de les distraire si longtemps pour les entretenir d'une pratique si banale et de

détails si vulgaires : ceux-là, nous les prions de vouloir bien compter sérieusement avec les prôneurs de spécifiques et les faiseurs de miracles avant de nous juger. Il est malheureusement trop de maladies où le problème thérapeutique consiste à chercher non pas la médication qui guérit, mais celle qui soulage et qui fait vivre le plus longtemps. A proclamer de tels principes, on n'acquiert ni gloire ni fortune, mais on a la conscience de servir l'humanité.

Prof. FORGET.

DE LA CACHEXIE PALUDÉENNE ET DE SON TRAITEMENT.

On observe fréquemment dans les localités où la fièvre intermittente est endémique, et quelquefois même dans celles où elle ne se développe que passagèrement, une cachexie spéciale, ayant des symptômes particuliers, des altérations anatomiques bien caractérisées, qui permettent de la distinguer de toute autre, la cachexie paludéenne. C'est de préférence dans les contrées marécageuses, qui sont de véritables foyers de la fièvre intermittente, qu'on voit se manifester cette détérioration graduelle et générale de l'économie. Elle décime la Sologne et toutes les autres parties de la France où la disposition du sol, l'existence de marais même peu étendus, d'eaux stagnantes, qui se dessèchent pendant une partie de l'été, contribuent si puissamment à produire et à entretenir des épidémies de fièvre intermittente. Nous nous proposons d'étudier certains points de l'histoire de cette maladie et de la thérapeutique qu'il convient d'instituer, soit pour en prévenir le développement, soit pour la combattre lorsque déjà elle s'est établie.

La cachexie paludéenne n'envahit pas d'emblée l'économie ; elle se forme lentement, graduellement, et c'est là, à dire vrai, une heureuse condition, puisqu'elle permet au médecin d'attaquer le mal dès son début. Autant que notre observation a pu nous l'apprendre, son mode de développement n'est point uniforme. Tantôt elle succède à des accès de fièvre intermittente longtemps prolongés. On voit alors toutes les fonctions s'altérer successivement l'une après l'autre ; la peau prend une teinte pâle, devient d'une grande flaccidité, la couleur rosée des orifices muqueux et des membranes muqueuses disparaît, l'appétit se perd complétement, un affaiblissement qui chaque jour augmente jusqu'à l'abolition totale des forces, marque un degré déjà plus avancé du mal ; puis des phénomènes graves apparaissent bientôt, l'anasarque, l'ascite, les collections séreuses dans les cavités splanchniques, et si l'influence paludéenne continue à s'exercer, ou si aucun

traitement n'est opposé à la maladie, la mort vient rapidement clore la série de tous ces accidents.

C'est là le mode de développement le plus habituel de la cachexie paludéenne. Elle est alors consécutive à des accès de fièvre intermittente qui ont duré pendant un certain temps. Un grand nombre de praticiens, et quelques-uns même de ceux qui observent la cachexie paludéenne dans les localités où la fièvre intermittente est endémique, ne craignent même pas d'affirmer qu'on ne voit jamais la cachexie s'établir sans fièvre intermittente préalable et de longue durée. Il nous a semblé qu'il y avait là une erreur d'observation, une généralisation trop grande, et que la cachexie paludéenne pouvait se produire, dans des cas plus rares il est vrai, en dehors de cette condition.

On voit en effet, quelquefois, des sujets chez lesquels les fonctions s'allanguissent graduellement, la peau prend une teinte pâle, identique à celle qu'on observe à la suite des fièvres intermittentes prolongées, les membranes muqueuses se décolorent, la faiblesse générale fait chaque jour de nouveaux progrès, les épanchements séreux des cavités splanchniques se produisent, et comme pour marquer la liaison intime qui rapproche cet état morbide de celui qui précède, la rate devient le plus souvent le siége de cette hypertrophie considérable qui suit si fréquemment les fièvres intermittentes de longue durée. Qu'on observe ces malades soit au début, soit dans le cours de leur affection, il est impossible de constater le moindre accès proprement dit de fièvre intermittente, à quelque type d'ailleurs qu'on essaye de le rapporter.

La cachexie, dans certains cas, ne s'accompagne pas de fièvre ; dans d'autres, on ne saisit rien autre chose qu'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, apparaissant avec ou sans frisson préalable à des intervalles très-irréguliers ; ou bien au contraire une fièvre continue, se traduisant par un symptôme unique, la fréquence anormale du pouls, sans aucun des autres phénomènes qui accompagnent ordinairement l'état fébrile, ou même en sont les précurseurs. Il arrive sans doute, le plus ordinairement, que dans les cachexies paludéennes sans accès de fièvre intermittente préalables, l'appareil fébrile se développe lorsque la maladie va toucher à sa fin dans sa période extrême. Mais il est impossible d'établir la moindre analogie entre des accès de fièvre intermittente et cet état fébrile continu, identique à ce qu'on observe chez un grand nombre des sujets qui succombent à la cachexie anémique. On ne trouve alors ni les stades réguliers et caractéristiques de la fièvre intermittente véritable, ni l'apyrexie qui doit signaler l'intervalle des accès.

On peut donc dire d'une manière générale, que la cachexie paludéenne est tantôt consécutive à des accès de fièvre intermittente, et peut-être alors un produit de ces accès, tantôt au contraire primitive; que cette dernière condition est plus rare, sans doute, mais que pourtant encore on l'observe assez souvent dans les localités où la fièvre intermittente est endémique.

Les divers phénomènes qui caractérisent la cachexie paludéenne se manifestent en général dans un certain ordre assez régulier, bien que d'ailleurs on ne les observe pas tous avec une égale fréquence. Il résulte de cette double condition, que cette cachexie semble différer singulièrement d'elle-même suivant qu'on l'étudie à des périodes diverses de sa durée, ou chez des sujets différents. Il faut, en effet, avoir vu un assez grand nombre de fois cette affection, pour reconnaître son identité chez les sujets où elle ne se traduit que par de l'anémie avec faiblesse et hypertrophie de la rate, et chez ceux où elle s'accompagne des phénomènes les plus graves, depuis les collections séreuses des cavités splanchniques et l'infiltration du tissu cellulaire, jusqu'aux hémorrhagies passives à la surface des membranes muqueuses.

C'est, en général, par la pâleur et l'allanguissement de toutes les fonctions que se manifeste tout d'abord la cachexie paludéenne. La peau prend une teinte identique à celle qu'on observe chez les sujets atteints de chlorose confirmée, ou chez ceux qui, sous une influence quelconque, ont perdu une grande quantité de sang. Cette pâleur s'accompagne d'une flaccidité plus ou moins grande, d'une mollesse générale des tissus. La contraction musculaire ne détermine plus, comme chez les sujets vigoureux, une raideur, un état de dureté des masses musculaires contractées. Les membranes muqueuses, la conjonctive, les lèvres, les gencives participent à cet état de pâleur. En même temps l'appétit diminue et finit par se perdre complétement. Le malade est sous l'impression continuelle d'un sentiment de malaise et de fatigue : le moindre effort, une marche un peu prolongée, épuisent ses forces.

A un état plus avancé, le tissu cellulaire commence à devenir le siége d'une infiltration séreuse. Les pieds sont gonflés, le soir seulement dans les premiers temps, puis bientôt toute la journée. L'œdématie fait des progrès et elle envahit en quelques mois les membres inférieurs dans toute leur étendue.

En même temps, et souvent à une époque peu avancée de la maladie, la cavité péritonéale devient le siége d'un épanchement séreux plus ou moins abondant. Mais presque toujours cette ascite est précédée

de deux autres lésions d'une grande importance. Nous voulons parler de l'hypertrophie de la rate et du foie.

Le développement de la rate sous l'influence de la cachexie paludéenne est un phénomène, sinon absolument constant, au moins extrêmement fréquent. On imaginerait difficilement *à priori*, le volume considérable que peut prendre cet organe dans de pareilles conditions. Habituellement il atteint dans le sens longitudinal la crête iliaque, et dans le sens transversal la ligne blanche : mais souvent aussi on le voit dépasser ces limites, descendre jusqu'au niveau du ligament de Poupart, remplissant ainsi la fosse iliaque, et dépasser de trois ou quatre travers de doigt la ligne blanche. De nombreuses recherches anatomiques ont suffisamment démontré que, dans ces conditions, la rate se recouvre à sa face concave de plaques cartilagineuses, dont l'épaisseur atteint quelquefois près d'un centimètre, qu'en même temps, son tissu devient plus consistant, mais aussi plus friable. Cette altération est-elle un phénomène constant, ainsi que beaucoup d'auteurs ont cherché à l'établir ? Nous ne le croyons point. Nous avons eu l'occasion de voir des sujets chez lesquels la fièvre intermittente durait pendant des années, amenait un véritable état de cachexie, sans que le volume de la rate eût éprouvé une augmentation sensible, soit par la percussion, soit par la palpation. Ces faits-là sont assez rares sans doute, mais ils n'en sont pas moins réels. Il faut donc bien admettre que l'hypertrophie de la rate dans ces conditions est la règle générale, mais non absolue; que dès lors, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, cet état de la rate est un fait consécutif, un produit de la fièvre intermittente, de l'infection paludéenne, et non le fait primordial, le point de départ des phénomènes qu'on observe à la suite de l'infection paludéenne.

L'hypertrophie du foie, que les auteurs négligent généralement pour se préoccuper presque exclusivement de celle de la rate, est un fait qu'on observe presque aussi souvent. Il est vrai de dire pourtant qu'elle est toujours moins prononcée. Dans un grand nombre de cas, nous avons vu le foie déborder de deux ou trois travers de doigt les fausses côtes, quelquefois atteindre la crête iliaque, dans quelques circonstances descendre enfin jusque dans la fosse iliaque droite. Sous quelle influence se produit cet état d'hypertrophie? Sa coïncidence avec celle de la rate n'éclaire-t-elle pas leur mode de formation ? Quand on observe ce qui se passe pendant le frisson de la fièvre intermittente, ce départ du sang des vaisseaux superficiels vers les gros troncs veineux, on est disposé à admettre que l'hypertrophie de la rate et du foie est le produit de congestions violentes, qui se font dans ces organes pendant la

période de frisson de la fièvre. C'est là d'ailleurs une simple hypothèse.

L'hypertrophie de la rate et du foie est-elle la cause de l'épanchement séreux qui se fait dans la cavité péritonéale ? On serait assez disposé à le supposer tout d'abord, la raison anatomique semblant très-claire, très-facile à comprendre. Mais pour peu qu'on observe ce fait capital, que dans certains cas, rares il est vrai, mais très-réels, l'ascite se produit en l'absence de toute hypertrophie de la rate et du foie, on arrive facilement à conclure que ces deux états ne sont pas absolument dépendants l'un de l'autre, et que l'ascite est le produit de l'altération générale du sang, qu'elle est identique à celle qu'on rencontre dans l'anémie post-hémorrhagique. Qu'on remarque bien d'ailleurs que ces épanchements séreux ne se font point seulement dans la cavité péritonéale, qu'ils se produisent aussi dans le tissu cellulaire, et même dans la cavité des plèvres, et il deviendra dès lors impossible de ne pas admettre l'influence d'une condition non pas locale, anatomique, mais bien générale.

Un phénomène qu'on observe assez fréquemment dans la cachexie paludéenne, surtout à une période avancée, c'est la production d'hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses. La plus commune de toutes est l'épistaxis. On la voit se manifester avec la plus grande facilité, à l'occasion de la cause la plus légère, et même en l'absence de toute cause extérieure. Les malades perdent ainsi des quantités de sang souvent considérables, soit que l'hémorrhagie dure longtemps, soit qu'elle se répète fréquemment à des intervalles rapprochés. Il est d'ailleurs d'observation générale, ici comme pour toutes les hémorrhagies passives, que les hémorrhagies se reproduisent plus facilement et sont plus abondantes à mesure que l'état anémique se prononce davantage.

L'hémorrhagie, au lieu de se faire à la membrane des fosses nasales, peut se faire également aux autres surfaces muqueuses, à celles des bronches ou de l'intestin, mais plus souvent encore à celle de la vessie. Nous avons eu l'occasion d'en observer un exemple chez un étudiant en médecine qui, altéré par des fièvres intermittentes prolongées, était pris, à chaque nouvel accès de fièvre, d'une violente hématurie. Le sang était décoloré, peu riche en globules, d'une constitution analogue à ce qu'on remarque dans l'anémie post-hémorrhagique.

La cachexie paludéenne est souvent suivie de mort, dans le cas où le malade reste sous l'influence délétère qui a produit et qui entretient la maladie, et quand on n'a recours à aucune indication convenable. Il n'est pas sans intérêt de rechercher comment la mort survient dans de

pareilles conditions. Les malades qui succombent à la cachexie anémique meurent toujours dans un état fébrile très-prononcé. C'est un fait sur lequel M. le professeur Trousseau a souvent appelé notre attention. Lorsque la débilité est extrême, lorsque l'état de cachexie anémique est aussi avancé que possible, la fièvre commence à s'allumer, le pouls devient d'une très-grande fréquence, tout en restant petit et dépressible, la peau d'une chaleur âcre, la fièvre est continue, s'accroît chaque jour, puis le malade est pris d'un peu de délire, calme d'ailleurs, au milieu duquel il succombe. C'est ainsi qu'on meurt dans la cachexie paludéenne. La fièvre précède toujours de quelques jours, ordinairement même de quelques semaines, le moment fatal.

Ce phénomène pathologique nous semble d'un grand intérêt. A quelle cause rapporter cette fièvre qui se produit tout à fait spontanément dans la période extrême de l'état anémique? Sous quelle influence naît-elle, sans qu'aucun travail, soit phlegmasique, soit autre, se développe dans l'économie? Comment voir là un phénomène de réaction? Ce sont autant de questions impossibles à résoudre; mais le fait d'observation n'en reste pas moins, et il nous semble d'une grande valeur en pathologie générale. En constatant un pareil phénomène on n'est plus étonné de voir la cachexie scorbutique s'accompagner, à un certain moment de sa durée, d'un état fébrile très-prononcé, en l'absence de toute lésion locale même peu étendue. Ce n'est d'ailleurs là qu'un des points de l'histoire des maladies essentiellement constituées par une altération des liquides et particulièrement du sang, sans aucune lésion appréciable des solides.

Tous ces symptômes si différents, la production d'hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses, l'exhalation de sérosité dans l'intérieur des cavités séreuses, enfin l'état fébrile dans la période extrême de la maladie, reconnaissent pour cause commune et essentielle l'altération du sang. C'est parce que ce liquide a perdu sa plasticité, qu'il s'exhale à la surface des membranes muqueuses, où le réseau vasculaire est si abondant, qu'il perd dans l'intérieur des cavités séreuses, toute sa partie séreuse, et qu'un travail fébrile se développe. Le sang est altéré dans sa constitution intime, comme il l'est dans les états d'anémie le plus avancée, dans celle qui suit d'abondantes hémorrhagies : d'un côté diminution absolue et relative dans le chiffre des globules, d'un autre côté, prédominance absolue et relative aussi dans la quantité d'eau. Comment s'est opérée cette déperdition des globules; comment s'est produite cette augmentation de la partie aqueuse du sang? Ce sont là des questions dont la chimie organique, si facile à invoquer toutes les fois qu'il s'agit d'altérations du sang, ne saurait véritablement

rendre compte. Il se produit là ce qu'on observe chez la plupart des femmes qui deviennent chlorotiques. Pendant des années, les règles coulent abondamment. Chaque mois par conséquent la malade perd une quantité considérable de globules sanguins. Sous une influence quelconque les règles se suppriment, la chlorose se développe, et voilà que la malade, qui n'a plus de pertes de sang, a pourtant le sang appauvri, dépourvu de globules comme à la suite d'une abondante hémorrhagie. Ce sont des phénomènes physiologiques et pathologiques vraiment impénétrables.

La cachexie paludéenne présuppose évidemment l'infection par les effluves des marais, soit que cette infection se traduise par des accès de fièvre intermittente, soit qu'au contraire elle ne s'accompagne d'aucune manifestation symptomatique. On comprend dès lors comment le traitement préventif de cette affection consiste à soustraire les individus à l'influence des effluves délétères. Il arrive pourtant certaines conditions où cette influence s'exerce fatalement, avec plus ou moins de rapidité pourtant. Tel est le fait d'une habitation prolongée dans une contrée marécageuse.

Pour prévenir dans ce cas l'infection paludéenne, on peut avoir recours soit à des moyens hygiéniques, soit à des agents médicamenteux. Il y a déjà longtemps que certains auteurs avaient émis cette opinion, que l'infection paludéenne ne se produit que le matin ou le soir et la nuit, c'est-à-dire au moment où les rayons solaires ne paraissent plus. Ils avaient remarqué qu'en général on peut rester impunément au milieu des endroits les plus marécageux, tant que le soleil est sur l'horizon, et surtout si ses rayons sont très-vifs ; qu'au contraire, il suffisait souvent d'une simple promenade le soir pour subir l'influence des effluves paludéens et prendre la fièvre intermittente. C'est un fait qu'un observateur éminent, M. Bretonneau, a lui-même, avec son extrême sagacité, vérifié plusieurs fois. Si ce fait est définitivement acquis à la science, et de nombreuses observations tendent à le démontrer, on comprend de quelle importance il est dans la prophylaxie de la cachexie paludéenne. La maladie deviendrait ainsi, dans un grand nombre de cas, bien facile à prévenir.

Les moyens médicamenteux à l'aide desquels on peut s'opposer au développement de la cachexie paludéenne, et prévenir toute manifestation de l'infection miasmatique qui la détermine, sont d'une action encore incertaine et contestable. Ils consistent dans l'administration des diverses préparations de quinquina. Est-il vrai qu'on puisse empêcher l'infection paludéenne, ou tout au moins en neutraliser les effets à mesure qu'elle se produit, s'opposer à ce qu'aucune manifestation

symptomatique apparaisse, par l'usage du quinquina? Un bon nombre d'auteurs n'hésitent pas à l'affirmer, et apportent à l'appui de leur opinion des faits assez nombreux. D'autres, au contraire, nient d'une manière formelle l'influence préventive de ce précieux médicament, si puissant quand la maladie est déjà déclarée. La question nous semble encore indécise. Il est hors de doute que l'administration d'un tonique aussi puissant que le quinquina, aidée de soins hygiéniques bien entendus, d'une alimentation convenable, pourra retarder le développement de la cachexie paludéenne; mais nous ne croyons pas qu'on ait encore démontré que l'administration de quinquina prévenait l'infection paludéenne ; ou tout au moins ses manifestations. On peut donc dire en thèse générale qu'il convient de prescrire les préparations de quinquina, une alimentation tonique, aux individus placés dans les foyers de fièvre intermittente, avant même qu'ils aient subi l'influence paludéenne; mais qu'on ne doit considérer alors le quinquina que comme un puissant tonique, et ne pas compter sur une action analogue à celle qui se produit lorsque déjà se sont manifestés des accès de fièvre intermittente.

La médication curative de la cachexie paludéenne mérite une sérieuse considération, en raison des heureux résultats dont elle est suivie lorsqu'elle est convenablement dirigée. Il importe d'ailleurs, pour bien préciser l'opportunité de l'administration des divers moyens dont elle se compose, de tenir un grand compte des degrés de la maladie, c'est-à-dire des périodes différentes auxquelles elle est arrivée. On peut cependant dire, en thèse générale, que le quinquina et ses diverses préparations en forment toujours véritablement la base.

Pour apprécier les indications thérapeutiques différentes qui peuvent se présenter dans la cachexie paludéenne, suivant le moment de sa durée, on peut établir trois périodes, ou plutôt trois états bien distincts.

Lorsque la cachexie paludéenne ne se manifeste que par la pâleur générale, avec la mollesse des tissus, la faiblesse des malades, leur impossibilité de se livrer à un exercice qui exige un grand développement de forces, lorsque enfin la cachexie est à son degré le plus simple, avec ou sans accès réguliers de fièvre intermittente, c'est au quinquina avant tout qu'il convient de recourir. Depuis l'invention du sulfate de quinine, l'usage s'est généralement introduit de préférer cette substance, d'une administration plus facile, au quinquina en nature. Cette préférence nous semble peu fondée. L'action tonique du quinquina est plus puissante que celle du sulfate de quinine. Il en est de même de son action fébrifuge. La dose de poudre de quinquina qui suffit pour mettre fin à une fièvre intermittente contient une proportion de quinine qui,

même à l'état de sulfate, serait insuffisante à produire le même résultat. Le quinquina en nature nous semble donc devoir, à moins de quelque contre-indication absolue, être préféré au sulfate de quinine. M. le professeur Trousseau préconise aussi, dans ces cas, l'association des préparations ferrugineuses au quinquina. La limaille de fer, le sous-carbonate, la teinture de mars, sont des moyens que nous avons vu administrer avec un grand avantage. Ainsi, en thèse générale, dans la période de début de la cachexie paludéenne, le quinquina, les ferrugineux, aidés d'une alimentation substantielle, forment la médication que nous avons vue amener les plus heureux effets.

La seconde période aurait pour caractère la production d'hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses : c'est encore au quinquina et aux ferrugineux qu'il convient alors de recourir. Il arrive pourtant quelquefois que, malgré l'emploi méthodique de ces moyens, les hémorrhagies continuent et que l'état anémique augmente. C'est dans ces cas que nous avons vu administrer avec avantage les toniques astringents, le tannate de fer par exemple, souvent prescrit par M. Trousseau, en potion composée de sulfate de fer et de tannin. Le cachou, le ratanhia, peuvent être sans inconvénient d'ailleurs, substitués à l'acide tannique.

La troisième période, enfin, aurait pour caractère des infiltrations du tissu cellulaire, et les épanchements séreux des cavités splanchniques. L'observation nous a démontré que, dans ces conditions, l'administration des préparations ferrugineuses exigeait une grande prudence ; qu'il convenait de prescrire des doses plus faibles, et d'en suspendre l'usage dès que le médicament n'est plus facilement toléré. C'est encore aux préparations de quinquina qu'on doit avoir recours. Mais il convient de leur associer certaines substances d'une action diurétique puissante. La scille et la digitale réunies à très-petite dose, 5 centigrammes de poudre de scille et de feuilles de digitale, produisent ordinairement une abondante diurèse qui diminue les épanchements séreux en facilitant leur résorption. Ce sont donc là de précieux moyens, dont il importe de ne pas négliger l'emploi. La cachexie paludéenne, traitée avant que la fièvre cachectique se soit développée, n'est point au-dessus des ressources de l'art. Elle les dépasse si la médication est trop tardive et peu énergique.

Dr Duclos
(de Tours).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA CAUTÉRISATION CONSIDÉRÉE COMME MOYEN DE COMBATTRE LES ACCIDENTS QUI SURVIENNENT A LA SUITE DES OPÉRATIONS.

Par M. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à Lyon.

(Suite et fin (1).)

Kystes hématiques. Il se manifeste souvent au cou, aux bourses et au devant du genou, des kystes dont les parois épaisses sont formées par un tissu fibro-cartilagineux, et dont la cavité contient un liquide noirâtre, mélangé de caillots fibrineux, plus ou moins colorés de sang. Ces kystes, qu'on a désignés sous le nom de kystes hématiques, à raison de la nature et de l'aspect des matières qu'ils contiennent, sont aisément confondus avec des kystes tout différents par la nature de leurs parois et par celle des liquides qu'ils renferment. Quand ils existent aux bourses, on peut supposer qu'on n'a affaire qu'à une simple hydrocèle. S'ils sont développés dans la glande thyroïde, on peut croire à l'existence d'une poche moins épaisse et contenant un liquide plus séreux.

Quel que soit, d'ailleurs, le diagnostic porté sur ces kystes, le traitement chirurgical le plus habituel consiste à y pratiquer une ponction simple ou une ponction suivie d'injection irritante.

Dans l'un et l'autre cas, les accidents les plus formidables peuvent se déclarer. J'ai vu de simples ponctions exploratrices pratiquées aux bourses, dans de vastes tumeurs de ce genre, entraîner la mort de deux malades. L'air ayant pénétré dans la cavité pleine de caillots sanguins, ceux-ci se sont décomposés. Des liquides fétides mélangés d'air, s'écoulant à travers la piqûre, ont montré le caractère putride des matières contenues dans le kyste et soumises à l'absorption. L'on a vu se développer en même temps une fièvre de mauvais caractère ; la peau était sèche et brûlante, le pouls petit et très-fréquent, la langue rouge et sèche ; enfin, la somnolence et le délire ont marqué les derniers termes de la maladie.

Les mêmes accidents, comme on va le voir, peuvent survenir après une injection iodée. Parfaitement innocent quand on opère des kystes séreux, comme celui qui forme l'hydrocèle, ce mode d'injection, pratiqué dans des kystes sanguins, peut être suivi de tous les phénomènes putrides que nous venons de décrire, si l'air pénètre avec le liquide iodé.

Ces conséquences funestes conduisent à proscrire toute injection dans

(1) Voir le numéro de février, page 119.

ces kystes hématiques. Cependant, si des circonstances particulières ont conduit à les ponctionner, et si les symptômes locaux et généraux qui démontrent la putréfaction des caillots sanguins et l'absorption des principes putrides viennent menacer les jours des malades, que faire pour arrêter ces graves accidents?

On a proposé de passer un séton à travers la tumeur : je n'hésite pas à déclarer cette pratique complétement inutile. Appliquée à des kystes qui n'ont pas été ouverts, cette méthode peut être suivie de tous les accidents que je viens d'indiquer ; elle est donc impuissante à les faire disparaître, quand ils se sont développés.

L'incision longitudinale de la tumeur, l'enlèvement des caillots sanguins, et les pansements avec la charpie sèche ou imbibée de liqueur alcoolique, réussissent dans quelques cas ; mais l'action de ce moyen n'est pas assez sûre. Dans quelques régions, il expose à des pertes de sang, toujours à craindre chez un malade en proie à une fièvre de résorption, et, le plus souvent, il est impuissant à procurer une cure complète, qui ne peut s'obtenir qu'en détruisant les parois du kyste.

Aucune méthode ne me paraît supérieure à celle qui consiste à faire par la cautérisation une large ouverture au kyste et à cautériser ensuite toute la surface interne. L'expérience démontre que cette cautérisation dessèche les caillots sanguins, fait cesser toute odeur putride, et produit la mortification des parois du kyste, qui se détachent dans toute leur épaisseur, après un temps plus ou moins long.

Voici quelle est la manière de procéder : la peau étant détruite par une couche étroite de caustique de Vienne, placée dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, je pénètre jusqu'à la cavité du kyste par des applications répétées de pâte de Canquoin ou, en d'autres termes, de pâte de chlorure de zinc. Chaque fois ce caustique est laissé en place pendant 24 heures ; au bout de ce temps on enlève avec le bistouri la partie superficielle de l'escarre, et dans le sillon produit par cette excision on dépose une nouvelle couche de caustique. On renouvelle chaque jour cette opération. Lorsque enfin la poche sanguine est ouverte, on place le caustique dans son intérieur ; l'on réitère les applications jusqu'à ce qu'il ne s'écoule plus aucun liquide de sa face interne et qu'il ne s'en dégage aucune odeur fétide.

En suivant cette pratique, j'ai pu deux fois faire cesser des symptômes graves, qui s'étaient manifestés après la ponction d'hydrocèles contenant de la sérosité sanguinolente et des caillots de sang. Toutefois, les applications les plus remarquables que j'en ai faites sont relatives à des kystes du cou. Je vais citer l'observation des deux malades que j'ai traités de la sorte.

Obs. *Kyste extrêmement volumineux, à parois osséo-cartilagineuses, développé dans la partie latérale gauche de la thyroïde et comprimant la trachée-artère; injection iodée faite sans succès; destruction complète du kyste jusqu'à la colonne vertébrale par la cautérisation*; *guérison*. Le nommé Jean-Marie Quison, âgé de quarante-sept ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la salle Saint-Philippe, au commencement du mois d'octobre 1846. Après un mois de traitement consacré à la destruction d'hémorrhoïdes douloureuses, il appela mon attention sur une tumeur du cou, développée à gauche, au-dessous du sterno-mastoïdien, et qui avait tellement dévié la trachée-artère, que le cartilage thyroïde était porté à droite, à 6 centimètres en dehors de la ligne médiane. Il était placé presque au-dessous de l'angle de la mâchoire. Depuis quatre ans ce malade était sujet à un catarrhe chronique, avec toux fréquente et expectoration très-abondante; il était d'une faiblesse extrême, et très-gêné dans sa respiration. Depuis quatre ans il était incapable de travailler, et il avait passé ce temps à l'hôpital, tantôt dans une salle, tantôt dans une autre. Quelques-uns des chefs de service sous lesquels il avait été placé avaient bien soupçonné que la tumeur du cou était la cause qui entretenait le catharre chronique, mais tous avaient reculé devant le traitement chirurgical qui pouvait seul faire disparaître cette tumeur.

Au commencement de novembre 1846, jugeant que j'avais affaire à un kyste de la thyroïde, je ponctionnai la tumeur, et j'y fis une injection iodée. La ponction donna issue à une bouillie grisâtre, épaisse, et semblable à de la farine jaune. Pour en faciliter la sortie, je fus obligé de la délayer à plusieurs reprises avec de l'eau tiède, poussée dans la cavité. L'injection iodée dont je me servis était de 30 grammes; elle contenait un tiers de teinture d'iode. Je la laissai complétement dans le kyste; elle ne produisit pas une douleur appréciable.

Pendant les trois mois qui suivirent cette opération, le malade fut en proie à divers accidents qui menacèrent plusieurs fois sa vie, et qui nous parurent dépendre bien plus de sa maladie que de l'opération qui avait été pratiquée. Il eut une toux continue et très-intense, beaucoup de gêne dans la respiration, une fièvre incessante, et une faiblesse si grande qu'il ne pouvait pas se lever.

Il faut noter cependant que la fièvre avait surtout redoublé depuis l'injection iodée, et que dans le mois de janvier l'ouverture faite par le trocart devint fistuleuse, et laissa échapper du pus. Nous dûmes penser que l'opération n'avait pas été tout à fait étrangère à la gravité de la maladie; elle n'avait apporté, du reste, aucun changement dans l'état de la tumeur. Celle-ci, un peu diminuée après l'injection, avait repris son volume primitif et était restée stationnaire.

Vers la fin de janvier 1847, la respiration étant toujours très-gênée et la toux très-fréquente, je tentai un dernier effort. J'appliquai successivement une couche de caustique de Vienne et une couche de pâte de chlorure de zinc sur toute l'étendue de la tumeur. Cette première cautérisation avait 15 centimètres de long et 1 centimètre de large. Elle dura quarante-huit heures. A la chute de l'escarre, qui avait près d'un centimètre d'épaisseur, je fis sur le fond de la plaie une nouvelle cautérisation de quarante-huit heures. Une seconde escarre se détacha, sans que la cavité du kyste fût ouverte. Ce ne fut qu'après une troisième cautérisation et la séparation de trois couches mortifiées, dont l'ensemble avait près de 3 centimètres d'épaisseur,

que, le 12 février, je pénétrai enfin dans l'intérieur du kyste. Lorsqu'il eut été débarrassé de la bouillie qu'il contenait, on put toucher la colonne vertébrale et sentir battre l'artère carotide d'une manière presque immédiate. On reconnut aussi que les parois étaient ossifiées dans quelques parties. La cavité était si vaste, que dans quelques points le doigt ne suffisait pas pour en atteindre les limites.

Du 12 au 20 février, j'y introduisis chaque jour de nouveaux morceaux de pâte de chlorure de zinc. Ce ne fut qu'après ces longues et douloureuses cautérisations que sa surface interne fut complétement desséchée. Quatorze jours après la cessation de toute cautérisation, il se sépara de lui-même e en totalité, formant une masse blanche et dure, comme le sont toutes les escarres produites par le chlorure de zinc. — Il avait le volume et la forme d'une grosse poire. A la place qu'il avait occupée, existait une vaste cavité qui pouvait contenir le poing d'un homme, et au fond de laquelle on apercevait la colonne vertébrale, entre le sterno-mastoïdien déjeté à gauche, et la trachée-artère déjetée à droite. Toute la surface était recouverte de bourgeons charnus, ayant partout un assez bon aspect, si ce n'est en dedans, où était restée une portion de la thyroïde hypertrophiée.

Du jour où la tumeur se détacha par cette remarquable élimination, l'on put sentir la trachée-artère, qui jusque-là était perdue au milieu du gonflement. Le larynx reprit peu à peu sa position normale, en se rapprochant de la ligne médiane. La toux, qui souvent ne laissait pas au malade un instant de repos pendant la nuit, cessa presque entièrement, ainsi que l'expectoration. Le teint offrit un meilleur aspect, et les forces revinrent graduellement. Débarrassé de la pénible compression à laquelle il était depuis si longtemps en proie, Quison semblait reprendre une nouvelle existence.

Cependant, soit à cause de l'âge avancé du malade, soit à cause de la présence d'une portion indurée de la thyroïde sur la face interne de la cavité qui avait succédé à la chute du kyste, la marche de la cicatrisation fut très-lente. A deux reprises différentes je fus obligé de revenir à la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc. Le mois de mars fut employé à ces opérations. Dans le cours du mois d'avril, la plaie devint chaque jour moins considérable; elle fut entièrement guérie au commencement de mai. La trachée-artère avait alors repris sa position normale; il ne restait à la place du kyste qu'une dureté du volume d'une noix, et une cicatrice étroite entourée de plis rayonnés formés par la peau environnante. Le catarrhe des bronches se dissipa entièrement, comme le fait celui de la vessie lorsque l'on a détruit les rétrécissements de l'urètre qui peuvent en être la cause. Les forces revinrent graduellement, et ce malade, que j'ai revu plusieurs fois, a pu reprendre les travaux de son état qu'il avait été forcé d'interrompre depuis près de cinq années.

Obs. *Kyste développé dans la partie moyenne de la glande thyroïde, et occupant la partie antérieure et latérale du cou; deux injections iodées; la première sans résultat, la seconde suivie d'une décomposition putride; ouverture du kyste et cautérisation de toute sa surface interne; cessation des accidents; exfoliation de la tumeur; guérison complète.* Mlle R*** était âgée de dix-huit ans, lorsqu'elle me consulta pour une tumeur du volume du poing, fluctuante, parfaitement arrondie, et qui paraissait occuper la partie moyenne de la glande thyroïde. Cette tumeur faisait saillie, non-seulement en avant depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum, mais elle soulevait à droite

et à gauche, et dans la même hauteur, les deux muscles sterno-mastoïdiens. Indépendamment de la difformité impossible à dissimuler que produisait cette tumeur, elle exerçait une compression fatigante sur la trachée-artère. La respiration était baletante au moindre exercice, et Mlle *** ne pouvait renverser le cou en arrière, sans que l'on entendît un ronflement très-pénible, qui indiquait une gêne extrême dans le passage de l'air à travers les voies respiratoires.

Cette tumeur, que la malade et sa famille avaient commencé à remarquer depuis l'année 1840, faisait chaque jour de nouveaux progrès, et, depuis deux ans surtout, elle avait un rapide développement. Tous les résolutifs ordinairement mis en usage avaient été inutilement employés. La forme de la tumeur, son siége et la fluctuation qui s'y faisait sentir, me firent diagnostiquer un kyste de la thyroïde. Je proposai l'injection iodée et je pratiquai cette opération le 28 janvier 1847. La ponction donna issue à deux centilitres environ d'une sérosité sanguinolente de couleur noirâtre. Une première injection iodée, faite avec 20 grammes d'eau et 10 grammes de teinture d'iode, n'ayant produit aucune douleur, je fis une seconde injection.

Après cette nouvelle opération, il survint, dès le second jour, une fièvre intense, accompagnée d'un abattement profond. Pendant les huit jours qui suivirent, la tumeur du cou, quoique douloureuse, ne devint le siége ni de la rougeur, ni de la tuméfaction qu'aurait produites une inflammation franche; la saignée et les purgatifs furent impuissants à faire cesser l'état fébrile. Je pensai que les accidents tenaient à la décomposition putride des caillots sanguins et de la sérosité qui étaient restés dans le kyste. Ce soupçon fut converti en certitude lorsque, le 28 février, je vis s'échapper à travers la piqûre du trocart un liquide noirâtre, ayant la fétidité du sang putréfié.

Dès ce moment mon parti fut arrêté : connaissant la cause à laquelle il fallait attribuer l'augmentation croissante de la fièvre, de l'agitation et de l'anéantissement des forces, je décidai de faire cesser toute putridité, en ouvrant largement le kyste par la cautérisation, et en desséchant par la même méthode toute sa surface interne. La nécessité de combattre les accidents qui me paraissaient menacer sérieusement la vie de la malade aurait suffi pour me déterminer ; l'espoir d'obtenir une guérison complète m'encouragea encore à recourir à cette médication.

Le 1er mars, je commençai la cautérisation sur la ligne médiane, avec la pâte de Vienne et le chlorure de zinc ; en même temps je fis pénétrer ce dernier caustique aussi profondément que possible dans le trajet qu'avait parcouru le trocart.

Je poursuivis l'opération pendant six jours, avec les précautions que j'ai indiquées, et je ne m'arrêtai que lorsque j'eus desséché et cautérisé l'intérieur du kyste dans toute son étendue. La plaie extérieure avait alors une hauteur de 6 centimètres et une largeur de 4 centimètres. Dès que le kyste avait été ouvert en avant, j'en avais fait sortir une grande quantité de gaz et de sérosité fétides ; la cavité était si profonde, qu'en y introduisant le doigt indicateur j'avais pu toucher la colonne vertébrale, à droite et à gauche de la trachée-artère. Le sixième jour, tout écoulement de matière putride ayant cessé, je me contentai de placer sur les parties latérales de l'intérieur du kyste deux bandelettes de pâte de chlorure de zinc, qui furent laissées à demeure et qui me parurent devoir compléter la cautérisation des parois. Les vives souffrances et l'insomnie que produisit, pendant six jours, cette mé-

thode douloureuse, diminuèrent progressivement après cette dernière application.

Déjà, à partir du jour où la cautérisation avait été commencée, les symptômes généraux s'étaient amendés. Le pouls, qui battait de 130 à 140 pulsations par minute, s'abaissa jusqu'à 100 ; les frissons, qui se renouvelaient auparavant plusieurs fois par jour et qui avaient duré quelquefois pendant une demi-heure dans les deux jours qui précédèrent le 1er mars, cessèrent entièrement, après s'être reproduits une seule fois dans la journée du 3. La teinte vineuse et violacée de la face disparut graduellement, l'enduit saburral de la langue diminua d'épaisseur, et peu à peu, aux transpirations abondantes qui alternaient avec les frissons, succéda une chaleur douce et régulière de la peau.

Le calme ne fut complet toutefois qu'à partir du 16 mars, jour de la chute complète du kyste. Tant que celui-ci resta adhérent, il y eut de la fièvre sans frissons, de la douleur, un sommeil agité, peu d'appétit et un découragement profond ; mais dès que la tumeur se fut détachée, ce qui eut lieu dix-sept jours après le début des cautérisations et douze jours après la dernière application de caustique, les douleurs cessèrent complétement ; il n'y eut plus de fièvre, et la malade reprit peu à peu sa gaieté et ses forces.

Le kyste détaché avait le volume du poing ; ses parois fibro-cartilagineuses avaient 12 millimètres d'épaisseur, et sa cavité était remplie de caillots sanguins en quelque sorte carbonisés. La vaste excavation qui résultait de cette perte de substance était couverte de bourgeons charnus de bon aspect. On pansa simplement avec un linge enduit de cérat et de la charpie. La cicatrisation se fit avec tant de rapidité, qu'à la fin du mois de mars, quatorze jours après la chute de l'escarre, il ne restait plus aucune trace de la cavité, et que tout se réduisait à une plaie superficielle de 3 centimètres de diamètre.

Quelques semaines plus tard, la cicatrice était complète ; elle occupait l'enfoncement placé au bas du cou, entre les deux muscles sterno-mastoïdiens, et elle avait la surface d'une pièce de deux francs. La jeune malade respirant avec liberté, et se voyant débarrassée d'une tumeur qu'il lui était impossible de masquer, n'estimait pas que sa guérison eût été achetée trop cher par les vives et longues souffrances qu'elle avait endurées.

Les résultats obtenus dans ces deux cas sont remarquables, non-seulement sous le rapport de la puissance avec laquelle la cautérisation a arrêté la décomposition putride et les accidents qui en étaient la conséquence, mais encore sous le rapport de l'efficacité de ce moyen pour détruire d'une manière complète des tumeurs qui, par leur siége et leur nature, semblaient inaccessibles à toute opération.

Encouragé par ces faits, je pensai que la méthode à laquelle j'avais eu recours secondairement, et pour combattre des accidents graves, pouvait être employée utilement de prime abord, au début du traitement. Je la mis en pratique dans un cas, sous plusieurs rapports, semblable à celui qui fait le sujet de l'observation précédente ; le kyste était seulement plus volumineux et la dyspnée plus fatigante.

A la suite de cautérisations successives, le kyste se détacha complé-

tement, la cicatrisation fit des progrès rapides, et la malade, débarrassée d'un poids qui l'oppressait depuis longues années, put se livrer à la joie que lui inspirait une délivrance qu'elle n'avait pas osé espérer. Cependant, lorsqu'elle était, comme moi, dans une sécurité complète, après des courses prolongées qu'elle fit la veille du jour où elle devait quitter Lyon, il survint, sans cause appréciable, une hémorrhagie artérielle. Des circonstances qu'il est inutile de faire connaître ici empêchèrent de porter à cette malade tous les secours que réclamait son état; on se contenta d'établir sur la plaie une compression qui fut insuffisante, l'écoulement sanguin se reproduisit, et la mort survint dix jours après la première hémorrhagie. L'autopsie démontra que l'artère carotide n'avait pas été blessée, et que le sang avait été fourni par l'artère thyroïdienne supérieure.

L'histoire de cette dernière malade devait être indiquée, pour que l'on ne fût pas conduit à tirer des deux observations précédentes des conclusions trop favorables à la cautérisation des tumeurs enkystées de la glande thyroïde. Ce cas malheureux n'enlève rien d'ailleurs à l'importance des faits que j'ai cités pour prouver avec quelle puissance la cautérisation arrête les symptômes locaux et généraux que produit la décomposition des matières contenues dans les hystes.

Emploi de la cautérisation dans les hernies étranglées, pour détruire des portions irréductibles d'épiploon. Lorsque l'on opère des hernies étranglées, l'on trouve quelquefois des portions d'épiploon qui adhèrent si intimement aux parois du sac, qu'il est impossible de les détacher et de les faire rentrer dans l'abdomen. La conduite à tenir dans ce cas est très-embarrassante; si on laisse l'épiploon au dehors, après avoir débridé, on a lieu de craindre qu'il ne tombe en gangrène, et que la masse putréfiée en laquelle il se convertit ne fournisse à l'absorption des matériaux nuisibles. Ce danger est surtout à craindre lorsque la portion d'épiploon est très-considérable, ainsi qu'on le voit fréquemment dans les hernies ombilicales. Pour diminuer le volume de la masse qui pourrait se gangréner au dehors de l'abdomen, on peut couper une portion de l'épiploon, après avoir lié sa base; mais alors le danger est loin d'être évité. Un étranglement véritable est la suite de cette opération, et les parties comprises dans la ligature devant se mortifier, l'on a nécessairement en partie la décomposition putride que l'on voulait éviter.

Il semble naturel alors de détacher complétement les adhérences et de faire rentrer toute la masse épiploïque. Parmi les cas dont le souvenir m'est bien présent, il en est trois où cette conduite a été tenue, et trois fois les malades sont morts dans les vingt-quatre heures. Ce résultat

funeste n'a-t-il été qu'une simple coïncidence? N'a-t-il pas été plutôt la conséquence nécessaire de la réduction d'un organe qui depuis fort longtemps n'était pas reçu dans la cavité abdominale, et qui y était rentré, suintant du sang par toutes les parties de sa surface qui avaient été détachées?

Quoi qu'il en soit, ces faits m'ont vivement inquiété, et depuis lors j'ai laissé l'épiploon au dehors, suivant le conseil de la plupart des auteurs. Toutefois, pour remédier à la décomposition putride dont cet épiploon devient habituellement le siége, j'ai pensé qu'il serait utile de le cautériser avec la pâte de chlorure de zinc. L'expérience a justifié toutes mes espérances à cet égard.

Obs. *Hernie crurale étranglée; épiploon adhérent; cautérisation de l'épiploon; guérison.* Pendant que j'étais chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, j'opérai une hernie crurale dont il ne me reste qu'un souvenir assez vague en ce qui concerne les détails, mais que je me rappelle avec beaucoup de précision en ce qui regarde le fait, sur lequel je veux appeler l'attention.

L'épiploon formait une masse du volume du poing, tellement adhérente, qu'il me fut impossible de la faire rentrer. Je la laissai au dehors; quelques jours après elle devint noire, pleine de gaz, et la gangrène s'accompagna des symptômes généraux propres à cette funeste altération. Je recouvris alors de pâte de chlorure de zinc la surface de cet épiploon, et je renouvelai les cautérisations jusqu'à ce que toute la partie herniée eût été détruite. Les symptômes généraux cessèrent dès que la cautérisation eut été complète, et, à la chute de l'escarre, l'on vit une plaie de bonne nature, qui marcha rapidement à la cicatrisation.

Le souvenir de ce fait me servit de guide dans le cas que je vais faire connaître et où la cautérisation a produit les plus heureux résultats.

Hernie ombilicale très-volumineuse; épiploon adhérent; excision après une ligature préalable de cet épiploon; pansements antiseptiques; cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc; guérison. Le 11 juillet 1847, je fus appelé à Châlons-sur-Saône pour voir une dame affectée d'une hernie ombilicale. La pression du bandage avait ulcéré les téguments, l'air était entré dans le sac, et une inflammation très-grave s'y était manifestée. Dans cet état de choses, il n'y avait pas lieu d'insister sur les tentatives de réduction qui, faites auparavant et aidées du sommeil produit par l'éther, n'avaient pas permis d'opérer la réduction; j'ouvris le sac du haut en bas par une incision de 22 centimètres de long; la masse herniée, complétement épiploïque, avait un volume plus considérable que les deux poings, elle adhérait de toutes parts au moyen d'un tissu fibreux très-solide. J'essayai de détruire ces adhérences, mais après une dissection de plus de dix minutes, je vis qu'il en existait de plus intimes encore autour de l'anneau. Craignant d'ouvrir à cette profondeur quelque vaisseau volumineux, et me rappelant les suites funestes d'opérations semblables dans lesquelles on avait fait la réduction après une longue dissection, je renonçai à détacher l'épiploon et à le faire

rentrer dans l'abdomen. Je pris le parti de placer cinq ou six ligatures sur les prolongements saillants et isolés de l'épiploon, et de couper les parties qui dépassaient ces ligatures. L'opération ainsi terminée, j'excisai la peau exubérante, et je pansai avec de la charpie imbibée d'alcool vulnéraire, saturé de camphre. Ces pansements furent renouvelés trois ou quatre fois par vingt-quatre heures. Le quatrième jour, 15 juillet, la plaie répandant une odeur gangréneuse, je conseillai d'en cautériser la surface avec la pâte de Canquoin. Chaque jour, MM. Sassier et Chavériat, médecins de la malade, couvrirent la tumeur épiploïque d'une couche de 3 millimètres, formée de chlorure de zinc et de farine mélangés à parties égales. Le lendemain matin, ils détachaient avec le bistouri toute la partie cautérisée, et ils ne s'arrêtaient que lorsque le sang commençait à paraître. Il fallut plus de quinze applications successives pour détruire la masse boursouflée et épaisse de plus de 4 centimètres que formait l'épiploon hernié et frappé de mortification. Les douleurs ne furent vives que le premier jour, et les cautérisations ne donnèrent lieu à aucun accident. Lorsque la chute de l'escarre eut mis la plaie intérieure au-dessous du niveau des téguments, on put rapprocher les bords de la peau conservée intacte, et six semaines après l'opération une cicatrice solide s'était formée au-devant de la hernie.

MM. les docteurs Sassier et Chavériat, de Châlons, qui ont suivi la malade et fait toutes les applications caustiques, ont été très-frappés des résultats obtenus.

L'un de ces médecins, m'écrivant pendant le cours du traitement, pour me rendre compte de ce qui avait été fait, n'hésitait pas à considérer comme merveilleux le changement produit par la cautérisation.

Résumé. En résumé, la cautérisation est un moyen puissant d'arrêter les accidents graves qui succèdent aux plaies par instrument tranchant, et tout fait penser que les seuls cas où elle reste impuissante sont ceux où les lésions sont si étendues et si profondes qu'elle ne peut les atteindre.

Considérée dans ses rapports avec la phlébite, la résorption purulente, l'érysipèle, la décomposition putride, elle se montre sous son véritable jour et avec une utilité telle, qu'aucune autre méthode ne peut lui être substituée.

Ce point de thérapeutique est d'une importance vraiment capitale. Depuis 1836 je ne cesse de le développer dans mes cours et dans mes Mémoires, tant je voudrais pouvoir le vulgariser et faire passer dans l'esprit de tous la conviction dont je suis animé.

Lorsqu'une opération est indispensable, la méthode sous-cutanée doit incontestablement être préférée à toute autre, si elle permet d'atteindre le but physique pour lequel l'opération est instituée. Les douleurs que l'on produit dans l'emploi de cette méthode sont passagères, et peuvent être complétement masquées par l'éthérisation. Les suites en sont toujours d'une extrême simplicité ; point d'inflammation, point de suppu-

ration, point de décomposition putride, et par suite aucun des accidents qui peuvent succéder à ces complications. Enfin la guérison est prompte, et aucune cicatrice n'indique la trace de l'opération.

Lorsque cette méthode, conquête inappréciable de la chirurgie moderne, ne peut être employée, la cautérisation me paraît devoir être mise en usage dans la grande majorité des cas. Elle occasionne, il est vrai, de vives douleurs et laisse à sa suite des cicatrices difformes, mais elle a un caractère d'innocuité qu'on est loin de retrouver dans les opérations sanglantes qui nécessitent une grande incision de la peau.

Il est des circonstances, cependant, où ce dernier genre d'opérations est seul applicable ; alors, si la solution de continuité devient le point de départ de ces inflammations graves qui se propagent le long de la peau, du tissu cellulaire ou des veines, c'est à la cautérisation qu'il faudra recourir pour fixer ces lésions et empêcher leur progression ultérieure.

Cette méthode est aussi puissante qu'elle est mal appréciée. J'espère que les nouveaux faits que renferme ce Mémoire contribueront à détruire les préventions dont elle est l'objet, et qu'appliquée dans les cas qui la réclament, elle sauvera la vie à quelques-uns de ces opérés que l'usage est d'abandonner à leur malheureux sort lorsque des accidents de l'ordre de ceux dont il est question dans ce travail viennent à se manifester. BONNET.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOUVEAUX SELS PURGATIFS.

A peine le citrate de magnésie est-il introduit dans la matière médicale, que déjà on cherche à lui substituer, ou tout au moins, à lui donner en concurrence d'autres sels purgatifs. En effet, la Société de pharmacie a reçu deux communications : l'une de M. Maillier de Septeuil, qui propose le *tartrate de potasse et de magnésie*, et l'autre, de M. Renaut, pharmacien à Paris, qui propose l'*acétate de magnésie*. M. Garot, chargé par la Société de faire un rapport sur les deux produits en question, a fait un travail fort intéressant, surtout au point de vue chimique. Mais ici nous devons nous borner à la partie pharmacologique.

Il résulte des recherches de M. Garot, que le tartrate de potasse et de magnésie, que l'on obtient en saturant la crème de tartre ordinaire par la magnésie, ou son carbonate, a une saveur saline assez prononcée, tandis que le borotartrate, que l'on obtient en remplaçant la crème

de tartre ordinaire par la crème de tartre soluble, est exempt de saveur, et, par conséquent, est bien plus apte à remplacer ou à venir en concurrence au citrate de magnésie.

Voici comment M. Garot prépare le *borotartrate de potasse et de magnésie* :

Crème de tartre soluble (borotartrate de potasse)	1000
Carbonate de magnésie.	240
Eau.	6000

On fait fondre la crème de tartre dans une bassine étamée, et on opère la saturation en ajoutant le carbonate de magnésie peu à peu. Après cessation d'effervescence on filtre ; on évapore jusqu'à ce qu'on obtienne une masse saline que l'on fait sécher à l'étuve.

Ce produit, acidulé avec un peu de jus de citron, ou d'acide citrique, se dissout parfaitement dans huit ou dix fois son poids d'eau chaude, d'où il ne se dépose pas par refroidissement. Voici une formule de *limonade ou borotartrate de potasse et de magnésie* proposée par M. Garot :

Borotartrate de potasse et de magnésie	30	grammes.
Acide citrique.	2	—
Sirop aromatisé au citron	60	—
Eau.	300	—

L'acétate de magnésie, proposé par M. Renaut, jouit d'une extrême solubilité soit dans l'eau, soit dans l'alcool, et peut revêtir toutes les formes pharmaceutiques liquides, soit vin, élixir, sirop, limonade. Mais, fâcheusement, ce sel est un peu amer. Voici les formules de M. Renaut.

On traite d'abord 120 grammes de carbonate de magnésie par quantité suffisante d'acide pyroligneux, on filtre et on évapore jusqu'à ce que la masse ne pèse plus que 300 grammes. On obtient une masse sirupeuse qui, à poids égal, contient la même quantité de magnésie que le sulfate. Avec ce produit il prépare les deux sirops suivants :

1° Acétate de magnésie sirupeux. . .	30	grammes.
Sirop d'oranges vrai.	90	—
2° Acétate de magnésie sirupeux . .	45	—
Sirop d'oranges vrai.	100	—

Ces sirops contiennent la même quantité de magnésie que 30 ou 45 grammes de sulfate de cette base.

L'extrême déliquescence de l'acétate de magnésie sera un obstacle pour son emploi à l'état solide.

Aux formules de M. Renaut nous ajouterons celles de M. Garot, afin que le praticien puisse choisir.

Sirop d'acétate de magnésie.

Magnésie calcinée.	10	grammes.
Acide acétique, q. s. pour obtenir un produit pesant.	50	—
Sirop de fruit, ou autre.	150	—

20 grammes de ce sirop contiennent 1 gr. de magnésie à l'état d'acétate.

Elixir d'acétate de magnésie.

Magnésie calcinée	10	grammes.
Acide acétique, q. s. pour obtenir un produit pesant	40	—
Alcool.	40	—
Sirop aromatisé au citron, ou à l'orange.	70	—

15 gram. de cet élixir en contiennent 1 de magnésie à l'état d'acétate.

Cette préparation est assez agréable ; elle peut être administrée soit pure, soit dans du thé léger.

Le docteur Guérard, chargé des expériences cliniques, n'a pas remarqué de différence dans l'action purgative des deux nouveaux sels purgatifs et celle du citrate de magnésie.

MOYEN POUR DISTINGUER LE SULFATE DE CINCHONINE DE CELUI DE QUININE.

Le sulfate de cinchonine accompagne presque toujours en plus ou en moins grande quantité le sulfate de quinine du commerce, soit par une élimination imparfaite de celui-là, car on sait que la cinchonine existe concurremment avec la quinine dans le quinquina ; soit par fraude. Ce mélange, au point de vue thérapeutique, est fâcheux ; car ces deux alcaloïdes n'ont pas tout à fait la même propriété curative. On doit donc chercher à se mettre en garde contre lui. Il appartenait à M. Henry, dont les recherches sur le sulfate de quinine sont bien connues, de rechercher un moyen qui pût faire reconnaître le mélange des sulfates de ces bases. Voici le procédé d'essai qu'il vient de publier.

On prend, dans l'ensemble du sulfate de quinine présenté, un poids connu de ce sel, soit 20 ou 30 grammes ; on les dissout dans une certaine quantité d'eau distillée, légèrement acidulée, puis on verse dans la solution un excès de soude caustique. Le dépôt recueilli après lavage est saturé à chaud, au moyen de l'acide acétique ; le mélange se prend, par le refroidissement, en une masse cristalline, que l'on jette sur un linge fin et que l'on exprime : la partie claire, concentrée à moitié, fournit, en refroidissant, de nouveaux cristaux, que l'on sépare de la même manière. L'eau mère est décomposée alors de nouveau par la soude caustique étendue, et le précipité formé et lavé est traité

à froid, soit par l'éther, soit par l'alcool à 22 degrés. Après ce traitement, on le fait bouillir deux fois et plus dans l'aleool rectifié, puis on filtre bouillant. La solution aleoolique évaporée avec soin et complétement, fournit la cinehonine en petis cristaux aiguillés et grenus très-brillants, on la fait aisément sécher et on en prend le poids.

Si au lieu de sulfate de einehonine on avait introduit dans le mélange de la einehonine eristallisée et soyeuse, le sel mélangé ne serait pas entièrement soluble dans l'eau bouillante (dix fois son poids).

D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS DE GRAVELLE GUÉRIE PAR L'USAGE DU CAFÉ.

La gravelle, eette sœur aînée on eonsanguine du ealeul vésieal, due, eomme ehaeun le sait, à la eristallisation ou à la précipitation de la lithine suspendue ou dissoute dans les urines, a exeité de tous temps la sagaeité des chimistes et des médeeins pour trouver un lithontriptique eertain dans ses effets, faeile dans son applieation. C'est ainsi que dans les aneiens auteurs on trouve, en quantité, des reeettes et des formules toutes plus merveilleuses et plus infaillibles les unes que les autres, mais qui, toutes, il faut le dire, n'étaient pas sans danger. Hippocrate rapporte, dans ses œuvres immortelles, que l'enfant de Théophile de Cariste mourut en trois jours de l'usage d'un lithontriptique eomposé par un médicastre ignorant. De nos jours encore, des médieaments analogues par leur eomposition pharmaceutique, analogues aussi par les dangers qu'ils présentent, par les insueeès qui suivent leur emploi, ne sont pas rares. Parmi ces mélanges informes et ridieules, on connaît le fameux remède de Mme de Sthéphens, remède prôné par Morand, et qui n'était, dans le prineipe, que des coquilles d'œufs pulvérisées, auquel on fit ensuite subir la ealcination, et qui finit par n'être autre chose que du carbonate de ehaux assoeié, d'abord avec le savon d'alieante, puis avec les poudres de eamomille, de bardane, les eoquilles de limaçon, etc., afin d'en dénaturer la composition primitive et soustraire eelle-ci à la eonnaissanee des imitateurs.

Comme lithontriptiques moins complexes et en apparenee plus rationnels, plus en rapport avec les eonnaissanees ehimiques de l'époque, nous citerons l'aeide earbonique, qui a été plus vanté qu'employé, l'eau de ehaux, reeommandée par Whitt, le earbonate de potasse, m s en usage par Mascagni et Stiprian Fuscius, la magnésie, conseillée par Brande, l'*uva ursi*, préeonisé par de Haen, etc. Enfin, dans ees der-

niers temps, n'a-t-on pas conçu l'idée, guidé que l'on était par les beaux travaux de Fourcroy, de Vauquelin, Thénard, et beaucoup d'autres chimistes, sur la nature des principes élémentaires des calculs et de la gravelle, de pouvoir disgréger, dissoudre même ces corps étrangers dans l'organe qui les renferme, et cela au moyen de liquides appropriés injectés dans la vessie? Et, dans l'oubli où l'on a été que des individus rendent très-souvent, avec les urines, quelques petits graviers sans avoir pris aucun lithontriptique, n'a-t-on pas été plus loin? n'a-t-on pas affirmé, publié que l'eau de Vichy seule, mise en contact avec la gravelle ou un calcul contenu dans la poche urinaire, atténuait, diminuait le volume de l'une et de l'autre, au point de rendre possible la sortie de ces hôtes incommodes en roulant sur les parois de l'urètre? De là, et c'est par là que nous finirons notre préambule rétrospectif touchant la thérapeutique générale de la gravelle, les causes principales et naturelles de la confiance accordée, par des médecins d'ailleurs recommandables et judicieux, à certaines substances simples, à certains composés pharmaceutiques, à certains produits chimiques, pour combattre et détruire la gravelle. Nous qui parlons, d'une manière un peu sceptique sans doute, de la foi des anciens dans les lithontriptiques qu'ils employaient, de la vertu plus que douteuse de ces mêmes lithontriptiques, serons-nous bien conséquent avec nous-même, avec nos prémisses, en rapportant le fait suivant? Nos lecteurs en jugeront. Qu'il nous suffise de leur assurer que nous ne dirons ici que la vérité, rien que la vérité.

M. M..., pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris, âgé de soixante-douze ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution forte et assez robuste, mène, depuis trente ans bientôt, une vie calme, heureuse et tranquille. Calme : M. M... a le caractère le plus doux, le plus uniforme qu'on puisse désirer; chez lui jamais d'impatience, jamais de colère; du sang-froid toujours, dans tout et pour tout. Heureux : M. M... jouit d'une belle fortune, dignement et honorablement acquise, qu'il dépense avec sa famille, avec ses vieux et sincères amis. Tranquille : M. M... ne se livre à aucune affaire commerciale, tout son temps se passe dans la surveillance et la gestion de quelques intérêts privés, dans des promenades journalières faites à pied ou en voiture, et dans le monde qu'il reçoit chez lui, ou qu'il va voir.

Par ce qui précède, on voit que chez M. M... les habitudes et les lois hygiéniques sont assez bonnes, assez bien respectées, du moins en grande partie. Notre restriction porte principalement sur l'exercice du corps qui peut-être n'est pas suffisant, sur le séjour au lit qui est un peu trop prolongé, sur la mollesse de ce dernier qui est par trop grande.

La table de M. M..., toujours bien servie, toujours en rapport avec la fortune du maître, en rapport également avec les saisons, le temps et les mœurs du jour, en rapport surtout avec l'appétit et la délicatesse du palais des heureux habitués, n'exerce sur la santé ordinaire, sur l'état physiologique normal de celui qui fait le sujet de notre observation, aucune influence fâcheuse. Sobre par goût et par nature, M. M... mange généralement peu, boit peu de vin également, encore celui-ci est-il mouillé au tiers ou par moitié d'eau, et est-il toujours choisi vieux et parfaitement dépouillé. Les aliments de haut goût, fortement azotés, les épices de toute nature, ne sont touchés par M. M... qu'avec la plus grande modération. Si nous insistons sur tous ces détails, c'est plutôt pour faire voir que le régime alimentaire, que l'exercice actif et la manière d'être de M. M... ne sont pas seuls les causes de la maladie dont il a été atteint, mais qu'une disposition particulière, naturelle, héréditaire sans doute, doit être grandement prise en considération.

Nous avons dit que M. M... avait une constitution assez forte, assez robuste. En effet, M. M... porte, depuis quarante ans au moins, un embonpoint remarquable ; le col est court, la tête volumineuse. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, à l'exception cependant de la défécation, qui est souvent empêchée par des hémorrhoïdes internes, que rien, jusqu'alors, n'a pu détruire, et que M. M... combat ou fait céder quelquefois, *sine doctore,* avec quelques pilules d'aloès et de rhubarbe, et quelques demi-lavements. La goutte tourmente également M. M.... Heureusement que cette maladie, que cette dure et cruelle compagne du riche et du vieillard, n'a jusqu'alors attaqué aucun des organes importants à la vie ! Enfin, et c'est par là que nous terminerons, M. M... a eu la gravelle. Cette affection a duré deux années entières sans faire éprouver beaucoup de douleur, du moins dans la majorité des cas.

Les graviers rendus, de couleur rouge, à base d'acide urique, de forme tantôt granulaire, tantôt olivaire, tantôt arrondie, étaient généralement peu volumineux. Quelques-uns, parfois, se sont arrêtés dans la longueur de l'urètre, mais sans entraîner d'accidents fâcheux autres que la douleur locale et la nécessité de se présenter souvent pour uriner.

Dans ce dernier cas pathologique, comme dans les précédents, M. M... mit à profit ses connaissances pharmaceutiques et médicales, se rappela le proverbe latin : *Cura te ipsum,* et se mit tour à tour à l'usage des boissons alcalines, mais surtout des tablettes de Vichy. Le café, les spiritueux, pris toujours modérément, furent supprimés ainsi que les mets de haute saveur ou fortement animalisés. La gravelle n'en continua pas moins; sa formation se maintint dans les urines, et celles-ci

continuèrent à déposer, dans des proportions journellement variables, la matière briquetée qui caractérise la maladie en question. M. M..., toujours calme et impassible, s'était décidé à ne plus rien faire, à attendre guérison du temps, et surtout de la patience et de la résignation qu'en homme sage il a su toujours opposer aux choses tristes et fâcheuses qu'il n'a pu empêcher. Mais un jour, à dîner, soit que le moka servi à ses convives lui parût plus embaumé, plus séduisant qu'à l'ordinaire; soit que le désir de faire comme tout le monde, de rompre avec la sagesse, fût très-impérieux chez lui, M. M... se décida à retourner à la liqueur favorite des gourmets les plus fins, à cette liqueur qui compte tant d'amis, qui nous *empoisonne* tous si lentement, si agréablement. Le lendemain il y revint; il y revint le surlendemain encore, et puis tous les jours. Quel ne fut pas son étonnement, son contentement de voir peu à peu la gravelle diminuer, disparaître entièrement, pour toujours peut-être! Tel est l'espoir de M. M... sur le mot *toujours*. Quant au mot *entièrement*, nous pouvons affirmer que depuis deux ans bientôt un seul gravier n'a été rendu, et M. M... prend tous les matins, après son déjeuner, une très-petite tasse de café au lait; après son dîner, une égale quantité de café à l'eau.

Voilà un fait, un fait avéré. Que prouve ce fait en lui-même? Que vaut-il dans la science? Rien, si ce n'est qu'il faut en tenir compte, car 1 est le commencement de 10, de 20, de 100, et tous les faits ne peuvent être recueillis en un jour.

Comment a agi le remède, le café? Quelle explication donner? Nous n'en donnerons aucune. Nous confessons d'ailleurs notre ignorance absolue à l'endroit du mode d'action des médicaments, et nous ajoutons que nous avons peu de foi dans les explications des autres, de ceux-là même qui passent pour les plus habiles.

Le café est-il un diurétique? Il agit ainsi sur nous et sur quelques-uns de mes amis. A-t-il agi dans le cas présent en tonifiant les organes, en donnant à ceux-ci plus de force pour l'émission des urines; a-t-il rendu la muqueuse des uretères et de la vessie plus irritable par la présence de la moindre parcelle de dépôt urineux; a-t-il donné en même temps à cette membrane muqueuse une force expulsive plus grande? Voilà des questions, des hypothèses. Ce champ est fertile. Allez, cher lecteur, mais permettez-nous de ne pas vous accompagner. F. Foy.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement de la pneumonie de la première enfance. — Tous les pathologistes qui se sont occupés de la pneumonie chez les très-jeunes

enfants ont signalé combien elle diffère de celle qu'on observe chez l'adulte, et par les lésions anatomiques et par les signes qui la révèlent. La différence n'est pas moins grande au point de vue de la thérapeutique. Au milieu des médications si variées auxquelles ont recours les praticiens, nous allons exposer celle que nous avons vu employer le plus communément par M. le professeur Trousseau dans son service d'enfants à la mamelle à l'hôpital Necker. Ce n'est point sans doute une thérapeutique irrévocablement formulée à l'avance, mais bien celle à laquelle il est le plus souvent convenable de recourir.

Si l'enfant est très-vigoureux, dans sa seconde année, d'un tempérament sanguin prononcé, M. Trousseau prescrit l'application d'une sangsue à chaque genou. Il choisit ce lieu de préférence, l'application des sangsues à la base de la poitrine exigeant que l'enfant soit découvert et l'exposant au froid, dont l'influence est si funeste dans la pneumonie. Nous avons même vu M. Trousseau pratiquer avec succès la saignée du bras chez un enfant de vingt-sept à vingt-huit mois, et retirer ainsi 40 à 50 grammes de sang.

Dans la grande majorité des cas, on n'a pas recours aux émissions sanguines. Voici quelle est alors la médication la plus généralement suivie :

On applique un vésicatoire volant qui embrasse toute l'étendue de la partie postérieure du thorax. Ce vésicatoire est pansé simplement avec du cérat. M. Trousseau aime mieux renouveler l'application du vésicatoire dès qu'il s'est desséché, que d'entretenir la suppuration du premier vésicatoire à l'aide de pommades irritantes.

En même temps qu'on applique le vésicatoire sur le thorax, on administre à l'intérieur la potion suivante :

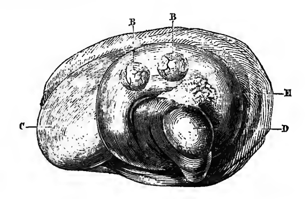
Julep gommeux. . . 100 grammes,
Tartre stibié. . . . . 5 centigrammes,

qu'on donne par cuillerées à café, jusqu'à ce que l'effet vomitif ait été produit. Il arrive que chez quelques enfants le tartre stibié agisse parfaitement, exerce une influence très-favorable, sans déterminer le moindre vomissement, qu'il soit en un mot toléré.

Quand ce premier moyen a été mis en usage, la marche du mal conduit ou bien à se borner à de simples tisanes chaudes et adoucissantes, ou bien à continuer une médication active. M. Trousseau prescrit souvent alors l'oxyde blanc d'antimoine, à doses progressivement croissantes, de 5 à 40 centigrammes. Il est d'une très-grande réserve à l'égard du kermès qui a deux inconvénients graves, le premier d'amener souvent une éruption à la bouche et à la gorge, le second de produire des diarrhées quelquefois irremédiables. On revient enfin avec une très-

grande insistance à l'application du vésicatoire, dont l'action est si énergique chez les très-jeunes enfants. Nous n'avons vu recourir que dans des cas bien rares à l'application de vésicatoires permanents aux extrémités inférieures. C'est un moyen dont on use peut-être généralement trop peu.

Kyste de la lèvre inférieure du col de l'utérus, pris pour une ulcération. — Excision. — Guérison. — Quelque facile que paraisse un diagnostic à établir, on ne doit se priver d'aucun des moyens d'investigation que la science met à notre disposition pour l'établir. La répugnance du malade ne peut entrer en ligne de compte avec la responsabilité du médecin appelé à diriger le traitement. Voici un exemple de l'une des erreurs grossières qui en résultent, et qui doivent laisser dans l'esprit du malade une idée souvent fausse de la valeur du praticien qui lui donnait des conseils.



Adèle Diculot, couturière, âgée de trente-sept ans, nous raconte qu'il y a quatre mois elle s'est présentée dans un service des hôpitaux, où déjà elle avait été traitée deux fois, et avec succès, d'affections très-graves ; elle demandait qu'on la débarrassât de flueurs blanches abondantes qui étaient accompagnées de douleurs de reins et dans la poitrine, d'un sentiment de pesanteur sur le siége, et, de temps à autre, d'élancements dans le bas-ventre. Ces signes évidents d'une affection utérine la firent admettre, et, le lendemain, à la visite, le médecin, après avoir pratiqué le toucher, porta pour diagnostic : un engorgement du globe utérin avec ulcération du col. Un traitement approprié à la lésion présumée fut établi : saignées dérivatives, sangsues, injections, etc. Au bout d'un mois de traitement, la malade, n'éprouvant

aucune amélioration du traitement qu'on lui faisait subir, sollicita un examen au spéculum. Le vieux praticien s'y refusa, disant qu'il portait des lunettes au bout des doigts. Mais la malade, lassée d'attendre un soulagement que son état de souffrance réclamait, sortit de l'hôpital et vint se présenter à la consultation de l'hôpital Beaujon. Les symptômes que nous avons énumérés plus haut persistaient. Cette femme, en outre, était amaigrie, et son teint jaune-paille témoignait d'un état de souffrance de plus longue durée que celle qu'elle accusait lors de son entrée dans le service de M. Hugier.

A l'examen au spéculum, on reconnut un kyste multifolliculaire de la lèvre inférieure du col, dont nous donnons le dessin ci-contre. La paroi antérieure du kyste D se laissait facilement déprimer, et donnait au toucher la sensation d'une ulcération arrondie de la dimension d'une pièce de deux francs. M. Hugier enleva ce kyste à l'aide de ciseaux à très-longues branches; un peu de sang s'écoula pendant quelques heures; puis une injection fut pratiquée, soir et matin, pendant huit jours, et la malade sortait complétement guérie le dixième. Nous reviendrons prochainement sur ces sortes de lésions, qui ont fourni à M. Hugier l'occasion de faire un des meilleurs Mémoires qui aient été lus à la Société de chirurgie.

Pessaire introduit dans la vessie. — Extraction. — Guérison. Si nous insistons autant sur le diagnostic des affections des organes génitaux chez la femme, c'est qu'il nous arrive fréquemment de rencontrer, dans les hôpitaux, des malades qui nous fournissent l'occasion de constater la négligence avec laquelle on procède quelquefois à l'examen de ces sortes de lésions; le fait ci-dessus en est une preuve; l'observation suivante le démontrera d'une façon plus évidente encore.

Joséphine Monier, journalière, âgée de quarante-deux ans, d'une forte et robuste constitution, vit s'établir, à la suite d'un accouchement long et laborieux, qui eut lieu en novembre 1842, une fistule vésico-vaginale. La perte de substance fut assez large, puisqu'elle permit à la muqueuse de la vessie de venir faire hernie à travers l'ouverture fistuleuse. Il y a environ sept mois, lassée de porter cette infirmité, elle consulta un jeune médecin, qui, prenant la hernie vésicale pour un prolapsus de l'utérus, lui appliqua un pessaire, et cela avec une telle violence et une telle incurie, qu'il fit pénétrer ce pessaire, à travers la fistule, dans l'intérieur de la vessie. A partir de ce moment, cette femme fut en proie à des ténesmes vésicaux excessivement fréquents et intenses, les douleurs s'irradiaient même dans la région des reins d'une façon très-pénible, les urines devinrent purulentes et souvent même

sanguinolentes. Vers la fin de décembre dernier, un autre confrère, auquel la malade s'était adressée pour avoir un remède à ses nouvelles souffrances, l'adressa à M. Jobert.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 14 janvier, on constate l'existence de la fistule et la présence d'un pessaire dans la vessie. Avant de débarrasser la malade de ce corps étranger, on la laissa prendre quelque repos en l'entourant des soins hygiéniques que son état réclamait. Le 25, M. Jobert procéda à l'extraction, qui fut exécutée non sans de grandes difficultés, on le concevra sans peine; il fallait faire traverser à une ouverture présentant à peine les dimensions d'une pièce de deux francs, un corps qui avait 8 centimètres de longueur, 4 de largeur et près de 2 d'épaisseur. Ce fut à l'aide de deux tenettes, et par des tractions ménagées, que l'habile chirurgien put faire franchir au pessaire l'ouverture de la fistule. Malgré l'emploi du chloroforme, cette pauvre femme s'est plainte constamment pendant ces longues manœuvres; mais les suites de cette opération ont été on ne peut plus favorables; l'irritation vésicale provoquée par la présence d'un pessaire s'est promptement dissipée sous l'influence de quelques bains, et quelques jours après la malade ne ressentait plus aucune douleur. Avant de procéder à l'opération de la fistule, il restait à détruire les brides verticales qui réunissaient le bord postérieur de la fistule avec la paroi correspondante de la partie postérieure du vagin; c'est ce que M. Jobert a fait le 25 du mois dernier. Cette sorte de cloison, formée par un tissu inodulaire, n'empêchait point l'écoulement des règles, comme dans l'exemple d'oblitération du vagin que nous avons rapporté dans notre numéro de novembre dernier (page 403). Il reste maintenant à s'occuper de la fistule vésico-vaginale, et sans les derniers événements qui ont amené dans le service un grand nombre de blessés, cette femme serait aujourd'hui guérie d'une pénible infirmité, aggravée encore par l'erreur commise à son égard.

Si le jeune confrère eût été à la recherche du col utérin, et que, ne le trouvant pas, il eût procédé à un examen au spéculum, il aurait reconnu immédiatement que le vagin, en arrière, était le siége d'une constriction très-marquée, et, supposé que le col utérin était caché par les bandes inodulaires qui fermaient le vagin, l'exploration par le rectum serait venue changer en certitude cette supposition. Le toucher rectal est généralement trop négligé; c'est pourtant un des moyens les plus sûrs de porter un diagnostic certain de la disposition anormale du col et du corps de l'utérus dans beaucoup de circonstances.

Erythème des fesses chez les enfants à la mamelle. — *Emploi*

de lotions de sulfate de zinc. — L'érythème des fesses est un accident qu'on observe très-communément chez l'enfant à la mamelle, soit seul, soit compliqué en même temps d'un érythème plus ou moins étendu de la partie interne des jambes et de la plante des pieds. Il se produit sous les influences les plus légères, à l'occasion de travail fluxionnaire, même peu considérable, s'établissant dans tel ou tel point de l'économie. C'est ainsi qu'on le voit naître dans le cours de la dentition, à l'occasion du développement de gourmes, d'un catarrhe intestinal ou bronchique, d'une entérite. D'autres fois, enfin, il semble être le résultat de l'action directe des matières fécales et de l'urine qui, par leur séjour prolongé chez les enfants tenus malproprement, irritent la peau avec laquelle elles restent en contact.

On imaginerait difficilement toutes les formes variées que peut revêtir cet érythème. A son degré le plus simple, il se réduit à une rougeur disséminée, non douloureuse, et ne faisant aucune saillie à la surface de la peau. A un degré plus avancé, la rougeur est plus vive, un peu douloureuse, et comme érysipélateuse. On voit enfin souvent apparaître des vésicules en plus ou moins grand nombre, réunies comme des plaques d'herpès, ou disséminées comme celles de l'eczéma, souvent enfin des pustules, dont la forme, la disposition et le mode de développement rappellent en général les pustules d'acné.

Dans un très-grand nombre de cas, l'érythème des fesses n'exige aucune espèce de traitement. Il disparaît seul sous l'influence de soins de propreté bien entendus, de lotions souvent répétées avec de l'eau fraîche. Mais sa persistance, son étendue, sa forme anatomique, deviennent quelquefois telles, qu'il est indispensable de le combattre. C'est dans ces cas que nous avons vu M. le professeur Trousseau, dans son service de nourrices et d'enfants à la mamelle à l'hôpital Necker, avoir recours avec un grand succès à des lotions faites trois fois par jour avec une solution de sulfate de zinc. C'est ordinairement dans les proportions suivantes qu'est faite la solution :

Pr. Sulfate de zinc. . . . . 50 centigrammes.
Eau distillée. . . . . . 200 grammes.

Mais il arrive fréquemment qu'en raison, soit de la ténacité du mal, soit de son étendue, soit enfin de sa forme vésiculeuse ou pustuleuse, la quantité de sulfate de zinc est augmentée, et portée ainsi jusqu'à un gramme.

Nous avons vu bon nombre d'enfants chez lesquels on a eu recours avec avantage à cette médication. En général, il suffit de quelques jours pour que la rougeur érythémateuse diminue, que les vésicules ou les pustules disparaissent.

Un effet presque immédiat dont il importe d'être averti, c'est la coloration noirâtre que prennent les garderobes des enfants après leur évacuation, et qu'elles communiquent aux fesses. Cette coloration est due exclusivement à du sulfure de zinc qui résulte de la combinaison du sel de zinc employé en lotions avec l'hydrogène sulfuré que dégagent les matières fécales. Ce n'est absolument rien autre chose que le résultat d'une réaction chimique.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS ARTICULAIRE, *accompagné de nécrose des phalanges. Un mot sur la méthode thérapeutique à employer dans ces cas.* Lorsqu'une phalange est nécrosée, ou qu'un abcès articulaire existe, sans s'inquiéter si l'on ne peut y remédier d'une manière plus avantageuse pour le malade, on a immédiatement recours à l'amputation du doigt. Cependant M. Bonnet a montré que, dans les cas de cette nature, on pouvait tenter des moyens plus simples et moins dangereux, par exemple, d'ouvrir largement l'articulation malade, afin de donner issue au pus et aux parties nécrosées qu'elle contient, et rendre par ce moyen un service plus signalé au malade, qui pourra faire usage d'un doigt que l'amputation lui eût enlevé, soit en totalité, soit en partie. Cet habile chirurgien s'est fondé, en proposant cette nouvelle modification aux moyens thérapeutiques généralement employés, sur celait : 1° qu'agissant alors sur des tissus indurés par une inflammation chronique, le traumatisme que l'on devait y développer ne pouvait présenter aucune gravité fâcheuse ; 2° qu'à la place de l'articulation il se formait un tissu fibreux qui, réunissant d'une manière solide les surfaces osseuses, permettrait au malade d'employer utilement son doigt. Cette méthode de traitement ne peut être appliquée qu'à la seconde et à la dernière phalange; pour ce qui regarde la première, elle a une trop grande étendue, et le tissu fibreux qui viendrait remplacer la phalange extraite ne présenterait pas une solidité assez grande pour permettre l'usage de ce doigt.

Aux deux cas de succès complet consignés dans l'ouvrage de M. Bonnet, nous allons ajouter un troisième, rapporté par M. Philippeau, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Un Italien fut admis à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour un abcès affectant l'articulation de la première avec la seconde phalange du médius de la main droite. Cette tumeur était le résultat d'une forte contusion reçue deux mois auparavant. A la région dorsale du doigt, il existe, au niveau de l'articulation, des fistules qui livrent passage à du pus de couleur noirâtre et à de petits fragments osseux. Comme il n'y avait point de douleurs vives ni de symptômes inflammatoires du côté de la main et du bras, l'opération est résolue et immédiatement pratiquée. Une large incision est pratiquée au niveau de la face dorsale de cette articulation, la met entièrement à découvert, et laisse échapper le pus et les parties nécrosées qu'elle renferme On interpose entre les lèvres de la plaie, et une petite attelle, placée sur la face palmaire de la main, maintient le doigt dans l'extension, et, vingt jours après, la cicatrisation, malgré quelques accidents intercurrents, était complète. A la place de l'articulation il existe un tissu fibreux qui, ayant parfaitement réuni les surfaces osseuses, permettra au sujet de se servir d'un doigt qui lui aurait été infailliblement enlevé, si l'on s'en fût tenu aux errements classiques. (*Journ. de la Soc. de méd. pr. de Montpellier*, fevr. 1848.)

ASCITE *asthénique chronique, guérie par une injection iodée dans la cavité péritonéale.* Nous avons déjà fait connaître quelques tentatives d'injection intra-péritonéale faites

dans ces derniers temps avec succès. Le fait suivant, communiqué à l'Académie de médecine par M. le docteur Rul-Ogez, vient ajouter un succès de plus en faveur d'une méthode que l'on a pu croire téméraire, mais qui, sagement appliquée, c'est-à-dire dans les limites strictes de son indication, peut être appelée à rendre d'importants services.

Un enfant de sept ans, après une maladie abdominale, accompagnée de lièvre, vit son ventre augmenter insensiblement de volume. Après maints traitements superflus (purgatifs, diurétiques, etc.), on envoya le petit malade à l'Hôpital des Enfants. Son ventre, à cette époque, était tellement distendu que la marche était devenue impossible, et que l'état d'orthopnée croissant réclama l'opération palliative de la paracentèse. Mais à peine 8 jours s'étaient-ils écoulés que déjà le ventre avait récupéré son volume primitif. L'enfant fut renvoyé à ses parents, et c'est alors que M. Rul-Ogez le vit pour la première fois. Son ventre, énormément distendu, couvrait, dit ce médecin, en partie les cuisses et empiétait sur les cavités thoraciques; la fluctuation était des plus manifestes; l'orthopnée était excessive, une violente inflammation de la partie inférieure du tube digestif, caractérisée par une diarrhée sanguinolente accompagnée d'atroces coliques, était venue se joindre à l'affection existante et compromettait doublement la vie du malade.

Avant de rien tenter contre l'ascite, M. Rul-Ogez s'efforça de faire disparaître l'inflammation accidentelle, ce qu'il obtint heureusement, au bout de peu de jours; mais alors l'état d'horrible dyspnée exigea impérieusement l'opération de la paracentèse. Cette opération fut faite le 8 septembre dernier; on évacua plus de 10 litres de sérosité citrine, et après un nouvel examen du ventre, qui lui permit de s'assurer que tous les organes de cette cavité paraissaient être à l'état d'intégrité, et qu'il avait réellement affaire à une ascite essentielle, M. Rul-Ogez injecta dans la cavité péritonéale, par la canule du trocart, et au moyen d'une seringue en verre, un mélange de 3 onces d'eau tiède et de 3 gros de teinture d'iode; par des frictions douces, il fit circuler le mélange par toute la cavité péritonéale; lorsqu'au bout de quelques minutes il voulut faire ressortir la solution, il vit avec surprise qu'il ne s'écoulait par la canule qu'une très-petite quantité de sérosité jaunâtre. Sans s'inquiéter du séjour de la majeure partie de l'injection dans la cavité péritonéale, il retira la canule, et procéda au pansement comme d'habitude. Le patient n'avait presque point accusé de douleur pendant cette opération.

Le jour même et le lendemain, il se déclara une légère péritonite, caractérisée par de la fièvre, de l'accélération, le serrement et la petitesse du pouls, quelques vomissements bilieux, quelques douleurs lancinantes, une grande sensibilité et la distension tympanique du ventre. Cette réaction inflammatoire ne dépassant pas les limites favorables à la guérison, l'auteur se borna, pour toute médication, à prescrire le repos, la diète absolue et des boissons délayantes. Au bout de cinq à six jours, toute trace d'inflammation avait disparu, mais un épanchement modéré avait reparu dans la cavité abdominale; cependant le ventre, devenu indolent, avait perdu les cinq sixièmes de son volume. M. Rul-Ogez recommanda alors un régime fortifiant, des frictions sur l'abdomen soir et matin, la compression uniforme du ventre au moyen d'un bandage de corps lacé, et favorisa les évacuations alvines et vésicales; et, dès que l'état du petit malade le permit, il recommanda les promenades à la campagne. Un succès complet, dit M. Rul-Ogez, a couronné cette méthode curative. (*Gaz. méd. de Paris*, février 1848.)

ASTHME (*Traitement de l'*) *par les bains sulfureux*. Depuis plusieurs années, M. Beau emploie avec succès contre l'asthme, dans son service de l'Hôtel-Dieu (annexe), les bains sulfureux. Pour comprendre l'idée qui a conduit ce médecin à l'emploi de ce moyen, il est indispensable d'exposer en peu de mots son opinion sur cette maladie. Pour M. Beau, l'asthme est une affection catarrhale. L'obstruction des bronches par un mucus dense produit, suivant lui, les râles vibrants, l'emphysème et tous les signes physiques de la dyspnée; le mucus une fois sécrété, son accumulation doit augmenter les accidents que son rejet fera cesser. Dans cette théorie, l'action des bains sulfureux s'explique naturellement, leur résultat le plus

constant étant de provoquer, soit à l'instant même, soit dans les heures suivantes, le rejet des matières denses en question et d'amener par suite la diminution ou même la cessation complète des symptômes essentiels de l'asthme. Quoi qu'il en soit de cette théorie, ce qui importe pour nous, c'est le résultat thérapeutique. Or voici, d'après un long et important travail récemment publié par un des élèves du service de M. Beau, M. Courtin, quels ont été ces résultats :

Dans un espace d'une année, 46 cas d'asthme ont été traités exclusivement dans le service de M. Beau, par les bains sulfureux. Voici les résultats qu'ils ont donnés : 39 asthmatiques ont été soulagés par ce seul moyen ; 7 seulement n'ont retiré qu'une amélioration faible ou nulle. Comparé à la cautérisation pharyngienne, ce moyen a eu, outre une efficacité incontestablement mieux établie, l'avantage de procurer à tous les malades un bien-être général sans aucune fatigue. Quant aux autres agents, antispasmodiques, opiacés, émissions sanguines, etc., M. Courtin est d'avis, qu'à efficacité égale, il faudrait leur préférer les bains sulfureux, qui soulagent à moins de frais pour l'économie, qui, dans les cas même où ils ne donnent pas en dernière analyse le résultat désiré, ont du moins une action bienfaisante sur l'obstruction bronchique qu'ils diminuent, sur l'enveloppe cutanée qu'ils préparent à une réaction plus efficace contre les variations atmosphériques. En résumé, le bain sulfureux, employé dans la mesure indiquée, a paru toujours innocent, sinon utile.

Les bains ont été pris le matin à jeun. Leurs propriétés toniques permettaient de les administrer à intervalles rapprochés, sans danger pour les malades ; on en a donné un tous les deux jours et même tous les jours au début du traitement et quand l'attaque était intense ; mais c'était l'exception. Il est bon d'être prévenu que l'effet immédiat des premiers bains est de produire une dyspnée plus grande, attribuable à l'air humide et chaud qui environne le malade, et à une pression périphérique plus grande.

Les bains sulfureux resteraient le plus souvent inefficaces, si l'on n'avait le soin de combattre concurremment celle des complications la plus fréquente de l'asthme, la complication gastrique. Aussi l'émétique est-il le plus puissant adjuvant de cette médication.

Il restait à déterminer la valeur de la médication sulfureuse comme moyen prophylactique. A ce point de vue encore, les bains sulfureux l'emportent, suivant M. Courtin, sur tous les autres moyens dirigés jusqu'ici empiriquement contre l'asthme. L'auteur a comparé aux bains sulfureux, les trois moyens réputés les plus puissants contre l'asthme, les expectorants, les opiacés, les saignées locales et générales. Il résulte de cette comparaison, que tout l'avantage reste à la médication par les bains sulfureux. A efficacité égale, d'ailleurs, l'auteur pense qu'on devrait encore préférer les bains sulfureux, qui soulagent à moins de frais pour l'économie, qui, dans le cas même où ils ne donnent pas, en dernière analyse, le résultat désiré, ont, du moins, une action bienfaisante sur l'obstruction bronchique, qu'ils diminuent, et sur l'enveloppe cutanée, qu'ils préparent à une réaction plus efficace contre les variations atmosphériques.

La méthode, préconisée par M. Beau ne nous paraît être, en dernière analyse, qu'une modification ou un mode particulier d'application d'une médication fort ancienne et généralement appréciée, la médication sulfureuse interne. Tout porte à penser, en effet, que c'est par voie d'absorption qu'agissent les bains sulfureux, et non par une action exclusivement topique, et dès lors l'action dynamique, dans laquelle se résoudrait cette médication, ne différerait pas sensiblement de celle du soufre administré à l'intérieur. Nous renvoyons, du reste, nos lecteurs, pour ce qui concerne les médications thérapeutiques de l'asthme nerveux, à l'excellent article que M. Sandras a publié dans notre dernier numéro. (*Gazette médicale de Paris*, janvier 1848.)

CATARACTE, PUPILLE ARTIFICIELLE. *Moyen facile pour reconnaître, en certains cas, la sensibilité de la rétine.* Ce moyen, signalé par M. Serres d'Alais, est fondé sur un fait parfaitement connu des physiciens et des physiologistes. Il consiste à comprimer l'œil sur la partie atérale avec le bout du petit doigt. S'il y a production et perception

d'un point lumineux dans le *point opposé*, on peut certifier que la rétine est sensible; dans le cas contraire, on doit supposer que la membrane nerveuse est frappée de stupeur, paralysée, et incapable de percevoir la lumière. La pression sur la partie antérieure du globe de l'œil ne produit pas de cercle lumineux; il faut qu'elle soit exercée sur un point de la sclérotique en rapport avec la rétine ; aussi est-ce lorsque le bout du doigt est appliqué vers l'angle interne de l'œil, que l'on perçoit le mieux l'image. M. Serres n'a jamais pu la produire chez les amaurotiques, tandis qu'il l'a remarquée dans les amblyopies, et toujours dans les cataractes et les oblitérations pupillaires, quand il n'y avait point de paralysie de la rétine; de telle sorte qu'on peut reconnaître avec l'auteur que ce simple moyen est destiné à venir en aide pour savoir, lorsque les milieux de l'œil sont obscurcis, s'il reste encore assez de sensibilité de la rétine pour tenter avec chance de succès une opération de pupille artificielle ou de cataracte. (*Ann. d'oculistique*, février 1848.)

DIAPASON (*Du*), *comme moyen de diagnostic des maladies auriculaires.* Une remarque faite depuis longtemps par le physiologiste Weber, savoir : que si l'on ferme une oreille avec le doigt, et si l'on vient à placer un diapason en vibration sur le crâne, l'oreille fermée perçoit mieux les sons que l'autre oreille, a inspiré à M. Schmals l'idée de donner une plus grande extension à l'emploi du diapason dans le diagnostic des maladies de l'oreille. Voici les résultats auxquels l'ont conduit ses observations à ce sujet :

Le conduit auditif d'une oreille est-il oblitéré par une accumulation du cérumen ou par quelque autre corps étranger, on entend mieux avec cette oreille les sons de diapason qu'avec l'autre, pourvu que le nerf auditif soit intact. Néanmoins, en fermant, pendant l'expérience, l'oreille saine avec le doigt, la perception devient la même des deux côtés. La même chose arrive lors d'une oblitération de la trompe d'Eustache et de la caisse du tympan de l'une des oreilles par du sang, du mucus, etc., que, dans ce cas, le conduit auditif soit oblitéré ou non. — De certains faits dans lesquels le son du diapason fut mieux entendu par l'oreille malade que par l'oreille saine, et dans lesquels on obtint une parfaite guérison au moyen de résolutifs, bien que l'on n'ait pu découvrir aucune oblitération du conduit auditif, ni de la trompe d'Eustache, ni de la caisse du tympan, M. Schmals conclut que certaines parties du labyrinthe peuvent aussi être oblitérées. — Le nerf auditif d'une oreille est-il malade, on entend moins bien le son du diapason avec cette oreille qu'avec l'oreille saine; et dans ce cas, la perception ne se trouve en rien modifiée par l'oblitération de l'une ou de l'autre oreille.

De ces observations, l'auteur déduit les règles pratiques suivantes :

1° Le diapason peut être employé comme moyen de diagnostic, lorsque l'une des oreilles est malade ou plus fortement atteinte que l'autre ;

2° Le malade entend-il le son du diapason plus clairement avec l'oreille malade ou plus gravement malade qu'avec l'autre? il est permis de conclure qu'une oblitération du conduit auditif de la trompe d'Eustache, du labyrinthe ou de plusieurs de ces parties à la fois est la cause de cette différence dans la perception des sons. Bien que d'ordinaire il soit possible de reconnaître une oblitération du conduit auditif au moyen du *speculum auris*, il est cependant des cas où cela n'est guère possible, et alors le diapason devient un précieux moyen de diagnostic.

S'il n'existe pas d'oblitération du conduit auditif, ou bien si le patient, après que l'oblitération a été détruite, n'entend guère mieux, et que la perception des sons du diapason soit la même pour les deux oreilles, on pourra conclure qu'il existe une oblitération ou une accumulation de matières du côté interne de la membrane du tympan, dans la trompe d'Eustache, dans la caisse du tympan ou dans le labyrinthe.

Enfin, le patient entend-il moins bien avec l'oreille malade ou plus gravement malade les vibrations du diapason? l'autre oreille pouvant être ou non fermée avec le doigt, on pourra en conclure avec certitude que le nerf auditif est affecté. (Schmals, *Erfahr, über die Krankheiten dergahores et Leips.*)

FISSURES ou **APHTHES** *de la partie inférieure du gros intestin; diversité des moyens de traitement en rapport avec la diversité du siége de la fis-*

sure. M. le doct. Miquel (d'Amboise) a cherché dans le temps à établir que la fissure à l'anus est toujours le résultat d'une ulcération superficielle ayant la plus grande analogie avec les aphthes et certaines ulcérations auxquelles sont sujettes toutes les surfaces de rapport, et que le spasme du sphincter n'en est jamais la cause, mais l'effet. La conséquence pratique de ce fait serait qu'il suffit de dénaturer cet ulcère pour faire cesser le spasme, et que l'opération doit être restreinte à un très-petit nombre de cas. De là, l'emploi des topiques astringents ou caustiques. Dans une nouvelle note sur ce sujet, M. Miquel s'est proposé de démontrer que toutes les fissures, en raison des hauteurs diverses qu'elles occupent sur la muqueuse rectale, ne sont pas passibles du même mode de traitement, et il s'est attaché à préciser les indications relatives à leur siége et les modifications qu'elles entraînent dans quelques détails du traitement. Ainsi, tandis que les lavements de ratanhia préconisés par M. Bretonneau conviennent pour les fissures situées dans le rectum pour que les topiques puissent les atteindre, de simples lotions sont mieux appropriées aux fissures qui occupent la marge de l'anus, et les mèches conviennent davantage pour les fissures situées dans l'anneau anal même. Voici, entre autres faits rapportés par M. Miquel, une observation où l'on trouvera en même temps la preuve de l'efficacité des mèches et la manière dont ce médecin les applique.

M. ... consulta M. Miquel pour une fissure qui guérit promptement sous l'influence de quarts de lavements ratanhiés et opiacés. Il y avait environ un an, lorsque ce même malade revint consulter de nouveau M. Miquel pour des accidents semblables aux premiers. Cette fois, la fissure avait été reconnue et traitée par des mèches enduites d'extrait de belladone, aussi difficiles à supporter que leur introduction était douloureuse. On avait proposé l'opération à ce malade qui s'y était refusé. L'anus était rouge et douloureux à gauche; on ne put rien y introduire pour s'assurer jusqu'à quelle hauteur l'ulcère remontait. Quoiqu'il parût trop haut pour être modifié par les applications externes, et trop bas pour que les lavements ratanhiés fussent profitables, le malade avait tellement souffert des mèches qu'il demanda à essayer les lavements et les lotions simultanément. « Je cédai, dit M. Miquel, à ses instances; mais, comme je m'y attendais, il n'en résulta que du soulagement, et la possibilité de pouvoir mieux entr'ouvrir l'anus, où se voyait le bord inférieur d'un petit ulcère à fond grisâtre et à bords rouges. Je dus donc faire revenir le malade à l'usage des mèches; mais voici comment je les mis : elles étaient peu grosses et enduites d'un mélange à parties égales d'huile de laudanum de Rousseau et d'extrait de saturne; puis, on les logeait dans un gorgeret de bois gros comme le doigt, fortement cannelé, dont le bout était bien arrondi. L'introduction se faisait sans douleur, en appuyant fortement sur la paroi intestinale opposée à l'ulcère que la mèche regardait; quand il était suffisamment entré, la pression se faisait dans le sens opposé, ce qui appliquait la mèche sur le mal; puis, pendant qu'on poussait cette dernière, on faisait suivre au gorgeret une marche inverse à celle qu'on lui avait fait prendre pour son introduction. Le malade comprit très-bien le but de cette petite manœuvre, qui ne lui était pas du tout douloureuse; il la fit avec intelligence et le but désiré fut atteint. » (*Revue médico-chirurg. de Paris*, février 1848.)

FRACTURE *diaphysaire longitudinale. Des signes des fractures incomplètes.* Il est à peine fait mention, dans les traités de chirurgie, même les plus modernes, de la fracture longitudinale. Quelques auteurs en ont même contesté la possibilité. Le fait suivant, observé par M. le docteur Michel, à Fraipont (Belgique), en offre un exemple qui mérite d'être signalé.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une constitution athlétique, fit une chute dans un escalier. La jambe droite ayant reçu tout le poids du corps, en portant à faux, dut céder à cette double force, et se cassa. Appelé peu de temps après l'accident, M. Michel reconnut aisément une fracture transversale du tibia à son tiers inférieur. La réduction se fit sans que l'on dût recourir à de grands efforts d'extension, et les douleurs, qui jusque-là avaient été très-aiguës, diminuèrent d'intensité. Mais après la réduction, la jambe se trouvant dans une position aussi normale que possible, ce chirurgien ne

fut pas peu surpris de sentir encore l'extrémité du fragment supérieur dépasser l'inférieur, au moins d'un quart de pouce. Des recherches minutieuses lui firent alors reconnaître, en promenant ses doigts assez fortement sur la crête du tibia, un fragment longitudinal, mobile, comprenant inférieurement environ le tiers de l'épaisseur de l'os, à l'endroit de la fracture, et se terminant en bec de flûte, à deux pouces en dessous de la rotule, où se bornait aussi le gonflement. Cette esquille pouvait mesurer environ six pouces. — Le bandage de Scultet fut d'abord appliqué, et la jambe, placée dans une espèce de boîte à deux valves, fut suspendue au moyen d'une poulie; des irrigations froides furent faites pendant plusieurs jours; les douleurs ne tardèrent pas à disparaître entièrement, mais le gonflement ne se dissipa qu'après la première quinzaine. Aussi ce ne fut qu'au dix-neuvième jour que fut appliqué le bandage Seutin. A cette époque, le soulèvement de l'esquille existait encore, et l'on pouvait plus aisément palper les inégalités de son extrémité inférieure. L'appareil amidonné demeura appliqué pendant deux mois, sans accident, et fut remplacé, le troisième mois, par un simple bandage contentif. Le malade guérit sans aucune difformité ni claudication.

Bien qu'il puisse subsister quelque doute sur le véritable caractère de cette fracture, et qu'on pût peut-être y voir plutôt une fracture ordinaire avec grande esquille longitudinale détachée de la surface du tibia, qu'une fracture longitudinale proprement dite, le fait n'en conserve pas moins d'importance comme un exemple rare et peut-être unique de guérison d'une lésion aussi grave, sans accident consécutif.

Quant aux fractures longitudinales proprement dites, c'est-à-dire aux fentes ou fêlures osseuses, elles viennent de faire tout récemment l'objet de recherches intéressantes de la part de M. Debrou. Ces recherches portent sur les difficultés de constater l'existence de ces fissures, alors qu'elles existent sans accompagnement de fracture complète, et sur l'importance, en raison de leur gravité, de recourir au traitement ordinaire des fractures, dans les cas où il y a lieu d'en soupçonner l'existence. L'extrême difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de constater l'existence de ces fractures par des caractères directs, a engagé l'auteur à rechercher des signes rationnels capables d'en éclairer le diagnostic. Il résulte des observations et des recherches nombreuses qu'a faites M. Debrou sur ce sujet, que parmi les signes rationnels de ces sortes de fractures, il en est deux surtout qui doivent fixer l'attention des praticiens : la *douleur*, douleur fixe, profonde, vive, limitée, paraissant sous la pression du doigt ou par suite des mouvements de la partie, et persistant au delà de la durée ordinaire des douleurs contusives, et l'apparition d'un *érysipèle* sur le siége même de la fracture, érysipèle qui se distingue de celui qui surviendrait par le fait seul de la contusion, par son apparition plus tardive (du septième au neuvième jour de l'accident), et par l'empâtement et l'engorgement œdémateux qui l'accompagnent. La coexistence de ces deux signes, alors qu'une fracture longitudinale peut être soupçonnée, doit suffire, d'après M. Debrou, pour engager le praticien à agir comme si la fracture était démontrée. (*Ann. et Bull. de la Société de médecine de Gand*, et *Arch. gén. de médecine*, janv. 1848.

TÉNOTOMIE *des tendons fléchisseurs de la main et des doigts pour une rétraction de la main, consécutive à une fracture du radius; restauration de la forme et des fonctions de la main.* La ténotomie, lorsqu'elle est appliquée aux cas où elle convient plus spécialement, c'est-à-dire aux rétractions anciennes et considérables des muscles, et pratiquée dans de bonnes dispositions opératoires, rend journellement des services importants. M. Robert a récemment obtenu un très-beau résultat de la section de tous les muscles de la face postérieure de la jambe et de l'aponévrose plantaire, dans un cas de rétraction permanente et ancienne de ces muscles qui maintenaient la jambe et le pied dans une attitude vicieuse. Après les sections tendineuses les pieds ont pu être redressés, et, à l'aide d'appareils orthopédiques appropriés, le résultat a été complet. Mais un fait plus remarquable encore est le suivant, qui a été communiqué à *la Gazette médicale de Paris* par M. le docteur Gorré, et que nous croyons devoir repro-

duire à cause de l'intérêt particulier qu'il emprunte aux discussions dont la méthode de la section des tendons fléchisseurs des doigts a été l'objet.

Un enfant de sept ans et demi s'étant cassé le radius droit dans une chute sur la paume de la main, on dut lui appliquer l'appareil ordinaire pour ce genre de fracture; mais l'appareil ayant été trop serré, lorsqu'on l'enleva au bout de six semaines, on reconnut à la face palmaire de l'avant-bras une ulcération superficielle et une flexion permanente de la main et des doigts, à l'exception du pouce. Quatre mois après, la main était fléchie angulairement sur l'avant-bras, et dirigée dans le sens de l'adduction. L'index, le médius, l'annulaire et l'auriculaire, fléchis dans leurs articulations, étaient enfoncés vers la paume de la main; le pouce seul avait conservé sa direction normale et ses usages; la main était constamment fermée, et ne pouvait servir à aucun des besoins de la vie. M. Gorré se décida, dans ces circonstances, pour la section des muscles rétractés : il fit porter la main, autant que possible, dans l'abduction, et fit saillir, à la face palmaire de l'avant-bras, les trois tendons du cubital antérieur et des deux palmaires, qui tous trois furent coupés avec le ténotome, à l'aide d'une ponction isolée pour chacun d'eux et à des niveaux différents. La main s'étendit aussitôt sur l'avant-bras, et reprit à peu près sa position normale; elle fut assujettie par une double attelle dorso-palmaire et par une attelle radiale. Six jours après, l'opérateur divisa le fléchisseur sublime au poignet; cette opération eut pour résultat immédiat un léger abaissement des deux premières phalanges. Cinq jours après, il coupa, au niveau des deuxièmes phalanges, les quatre tendons du fléchisseur profond, lequel représentait, à chaque doigt, une corde parfaitement tendue et isolée. Les phalangettes, qui étaient fléchies sur les phalangins, à la manière des crochets, devinrent aussitôt flasques et mobiles. Les doigts furent maintenus fléchis à l'aide d'un bandage dextriné, un tampon d'ouate ayant préalablement été placé dans la paume de la main. Quinze jours après, le petit malade fut renvoyé dans sa famille; il n'exécutait encore alors que de très-faibles mouvements des doigts. Au bout d'un mois, la main, toujours un peu inclinée vers le bord cubital, se fléchissait et s'étendait avec aisance; les doigts avaient leur mouvement à peu près normal dans les articulations du métacarpe avec les premières phalanges, dans celles des premières et deuxièmes; les mouvements étaient obscurs et bornés dans les articulations des deuxièmes et troisièmes. Cependant l'enfant se servait assez bien de sa main pour certains usages habituels, tels que de manier sa cuiller et sa fourchette, d'ôter et de remettre son chapeau, etc. Sept mois après, la direction de la main était à peu près normale; les doigts ne pouvaient s'étendre qu'incomplètement; les deuxièmes phalanges étaient légèrement fléchies sur les premières, les troisièmes sur les deuxièmes. Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes se fléchissaient complètement; mais l'extension était un peu bornée. Toutefois l'enfant pouvait jouer à la toupie, mettre en mouvement une brouette, ramasser une épingle; en un mot, sa main lui rendait à peu près tous les services d'une main bien conformée. Huit mois après, il était à peine possible de distinguer la main opérée; seulement elle était encore un peu portée dans l'adduction, et les doigts n'étaient pas susceptibles d'une extension complète. Enfin, M. Gorré, ayant eu l'occasion de revoir cet enfant plusieurs fois, a constaté et fait constater à quelques-uns de ses collègues, qu'il n'y avait aucune différence entre les deux mains sous le rapport de la mobilité des phalanges, de leur souplesse et de la force des mouvements. (*Gaz. méd.* et *Gaz. des hôpitaux*, février 1848.)

TUMEUR LACRYMALE VÉNÉRIENNE; *son traitement.* L'engorgement inflammatoire du sac lacrymal et du canal nasal qui produit la tumeur, et, plus tard, la fistule lacrymale, est quelquefois la conséquence de l'un des accidents tertiaires de la syphilis constitutionnelle. C'est là un fait que les auteurs, tant anciens que modernes, n'ont pas méconnu; mais aucun d'eux n'est entré à cet égard dans les détails propres à faire connaître les caractères de cette espèce de tumeur lacrymale et le traitement qu'elle réclame. M. Tavignot a cherché à combler cette la-

enne. Cet accident est, suivant lui, une hypérostose du maxillaire supérieur, portant spécialement sur son apophyse montante; ordinairement il existe en même temps un commencement de nécrose de l'os incisif, et si l'on ébranle légèrement les dents incisives, elles se déplacent, non pas dans leurs alvéoles où elles restent assez solidement fixées, mais avec l'os qui les supporte et qui est lui-même devenu mobile.

Dans la tumeur lacrymale vénérienne, la distension exagérée du sac ne constitue pas toute la difformité, comme dans la tumeur ordinaire; le plus souvent on constate sur les parties latérales du nez, correspondant au sillon naso-facial et dans la direction du canal nasal, une tuméfaction dure et résistante à la pression produite par l'hypérostose du maxillaire supérieur.

Cette exostose ou cette périostose (car la distinction n'est pas toujours possible, et elle serait le plus souvent sans utilité), n'a pas toujours pour siége exclusif l'apophyse montante de l'os maxillaire, elle peut se rencontrer également sur l'apophyse angulaire du frontal, sur l'os unguis lui-même, et, dans ces divers cas, se trouver en rapport avec le sac lacrymal. Celui-ci est comprimé, le cours des larmes est interrompu; il se développe une tumeur, et plus tard, une fistule lacrymale.

La tumeur lacrymale vénérienne, méconnue et abandonnée à elle-même, donne naissance à des accidents toujours très-fâcheux, tels qu'ulcération, carie ou oblitération du conduit lacrymal. Une erreur de diagnostic serait donc doublement préjudiciable, en laissant marcher l'affection d'où dépend la tumeur, et en opposant à celle-ci des moyens chirurgicaux le plus souvent intempestifs.

En résumé, il résulte des recherches de M. Tavignot, sur ce sujet, que la tumeur lacrymale vénérienne a des caractères propres qui résultent de l'exostose de l'un ou de plusieurs des os qui forment les voies lacrymales; à elle seule, elle est un symptôme de vérole constitutionnelle qu'il convient de traiter par les moyens indiqués pour la période des accidents tertiaires. M. Tavignot recourt, dans ce cas, à l'iodure de potassium, qu'il administre d'abord à la dose de 50 centigrammes, puis 1 gramme, 1 gramme 50 cent., arrivant ainsi jusqu'à 2 grammes. Ce traitement est continué sans interruption, à moins d'accidents intercurrents, pendant deux ou trois mois. A cette époque, le cours des larmes est ordinairement rétabli. Si quelques symptômes de dacryocystite persistent encore passé cette époque, il faut alors songer à leur opposer les moyens ordinaires.

Les tumeurs lacrymales qui se manifestent dans de semblables circonstances, c'est-à-dire sous l'influence d'une affection syphilitique consécutive, sont-elles toujours produites par de véritables exostoses ou même des périostoses? Nous pensons qu'il y a lieu d'émettre quelque doute à cet égard. Nous avons vu dans le service de M. Huguier, à Beaujon, une femme qui portait depuis un mois une éruption syphilitique, lorsque, en une nuit, apparurent des tumeurs lacrymales qui se dissipèrent sous l'influence du traitement antisyphilitique. Il serait difficile de supposer qu'une exostose eût pu se former en aussi peu de temps. (*Journ. des Connaiss. médico-chirurgic.*, janv. 1848.)

VARIÉTÉS.

Il semble que la révolution d'un empire ne soit plus qu'un jeu d'enfant, et l'œil étonné contemple cet abîme dans lequel, en moins de cinquante ans, le gouvernement de la France est venu trois fois s'engloutir : l'Empire, avec le prestige de sa gloire, la Restauration, avec la force des traditions antiques, le trône de Juillet, avec sa puissante satisfaction des intérêts matériels. Lasse de toutes les formes monarchiques, la France veut essayer aujourd'hui de la forme républicaine. Elle est dans l'enfantement de sa vie nouvelle; elle a droit de compter sur les lumières de tous; car, il faut le proclamer bien haut, ce n'est pas une révolution politique qui s'est accomplie, c'est une régénération sociale qui s'opère.

De tous les concours, un des plus empressés a été celui de toute la corporation médicale; les nominations nombreuses que nous signalons ci-des-

sous prouvent qu'il a été des mieux accueillis. L'avenir montrera encore qu'il aura été des plus efficaces à la chose publique. L'homme de génie voit comme par intuition ce que le temps se charge ensuite de démontrer peu à peu aux intelligences ordinaires; or, le grand Descartes n'a-t-il pas assuré qu'on ne trouverait le véritable perfectionnement de l'espèce humaine que dans la médecine?

Des nécessités du moment, puisque nous assistons à une révolution sociale, il résulte donc l'indispensable obligation de voir le plus grand nombre possible de médecins faire partie du grand Corps législatif que la France entière est appelée à élire; car les lois, les institutions politiques n'ont de stabilité qu'autant qu'elles sont conformes à la nature de l'homme, en concordance avec ses besoins intellectuels et moraux; et, qui mieux que le médecin, le véritable apôtre philosophique, est capable de bien les apprécier et de leur donner une juste satisfaction?

Les médecins de Paris se réunissent en vue des prochaines élections, afin de peser d'abord et soutenir ensuite les candidatures qui leur paraîtront les plus dignes: que tous les médecins de la France en fassent autant. Dans les localités où nos confrères trop peu nombreux n'ont pas à faciliter l'arrivée d'un des leurs, ils doivent encore se réunir pour se concerter sur le meilleur choix, et faire tout ensuite pour l'assurer. Arrière donc toute rivalité mesquine, toute indifférence coupable; car, plus que jamais, les intérêts de la profession et ceux de la société sont solidaires.

L'influence du médecin est immense; sa puissance d'action est de tous les instants; il peut éclairer les esprits inquiets, rassurer les consciences timorées. Prenons-en un exemple dans les faits qui viennent de s'accomplir. Le bien-être des classes ouvrières était une idée qui avait envahi la société tout entière; le Gouvernement provisoire s'est hâté de réaliser cette idée bienfaisante, en augmentant le salaire et diminuant les heures de travail; les fabricants se voient ruinés, ferment leurs ateliers, au risque d'affamer cette population qu'ils occupaient; vous pouvez, par une comparaison toute grossière, leur montrer que, dans un avenir prochain, leurs intérêts n'en seront nullement lésés. L'ouvrier, moins épuisé par le travail et mieux nourri, sera comme le cheval de poste qui fournit ses dix lieues en moitié moins de temps que le cheval de roulage. La raison en est toute physiologique.

Nulle science, ainsi que l'a si brillamment exposé M. Reveillé-Parise, ne comporte l'utile comme la médecine; aussi engageons-nous tout d'abord nos lecteurs à relire les articles de notre savant collaborateur publiés dans nos livraisons de mars, avril et mai de l'année dernière; ils verront le large apport que ses enseignements peuvent fournir dans les circonstances actuelles. Cette phrase ne semble-t-elle point avoir été écrite hier: « La violence et l'arbitraire, derniers et dangereux arguments des tyrans monarchiques ou populaires, étant toujours en discordance avec la nature de l'homme, surtout avec ses besoins moraux, placent les nations dans un état de crise latent et perpétuel, toujours terminé par de violentes secousses, qui brisent, anéantissent ou purifient le corps social, comme il arrive dans certaines perturbations morbifiques du corps animal. »

Les docteurs Buchez et Recurt ont été nommés adjoints au maire de Paris.

Le docteur Thierry, membre du Conseil municipal, a été chargé de la direction générale du service des hôpitaux, hospices civils et secours à domicile; il s'est adjoint les docteurs Dumont et Voillemier.

Le docteur Leroy-d'Étiolles a été nommé inspecteur général des prisons du royaume, et désigné, en outre, par le Gouvernement provisoire pour constater, avec le docteur Deguise, les blessures reçues par les citoyens dans les journées de février.

Le docteur Soyez a été nommé maire de Neuilly.

Le docteur Beaumetz a été nommé adjoint au maire du 10e arrondissement.

M. Bérard, professeur de chimie et de toxicologie à la Faculté de médecine de Montpellier, a été immédiatement rétabli dans les fonctions de doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Ribes.

M. Orfila est révoqué de ses fonctions de doyen de la Faculté de Paris. M. Bouillaud, membre de l'Académie et professeur de clinique médicale, remplace M. Orfila.

A l'issue de la séance du concours qui a eu lieu après la promulgation de l'arrêté qui nommait M. Bouillaud au décanat, les élèves, pressés dans l'amphithéâtre, ont rappelé à grands cris le nouveau doyen qui fait partie des membres du jury. M. Bouillaud s'est empressé de se rendre aux vœux des élèves, et, au milieu des applaudissements, leur a annoncé qu'il ne regarderait sa nomination comme définitive que lorsqu'elle aurait été confirmée par les professeurs et approuvée par les élèves.

Sur l'invitation de M. Thierry, directeur général provisoire, les médecins et chirurgiens des hôpitaux ont chargé une Commission de présenter un projet sur les améliorations depuis longtemps sollicitées dans le service médical des hôpitaux. Voici les propositions auxquelles cette Commission s'est arrêtée : 1° les médecins, nommés par l'élection de leurs collègues, composeront la moitié du Conseil général des hôpitaux; 2° tous les médecins et chirurgiens seront nommés au concours et passeront par le bureau central avant d'avoir un service : 3° pas de médecins spécialistes dans les hôpitaux; 4° le placement des médecins du bureau central aura lieu selon l'ordre de nomination. Le placement des médecins des hôpitaux sera fait par le Conseil, et au choix; 5° suppression de la réélection quinquennale; 6° à soixante ans, les médecins auront droit à la retraite et pourront y être mis; dans quelques cas, une prolongation de fonctions pourra être accordée; 7° indemnité pécuniaire uniforme pour tous, même pour les membres du bureau central, qui n'auront droit, par conséquent, à aucune augmentation de traitement pendant les remplacements qu'ils feront; 8° les médecins, chirurgiens, etc., entreront dans le cadre de réserve de la garde nationale; 9° enseignement libre; 10° le doyen de l'école ne sera pas membre né du Conseil des hôpitaux; 11° demande d'amélioration du sort des internes d'une quatrième année et d'un concours facultatif à la fin de la quatrième; 12° plus de sœurs chargées du service de la pharmacie; 13° les directeurs remplacés par des agents de surveillance; 14° chaque médecin aura droit de choisir son interne.

Une visite touchante a eu lieu le 10 de ce mois. MM. Buchez et Recurt, adjoints du maire de Paris, accompagnés de MM. Thierry, Dumont, Voillemier, Coulombier, assistés d'un ouvrier brossier, M. Hardouin, ancien prévenu politique, un des plus braves défenseurs de la patrie pendant les journées des 23 et 24 février, ont visité les blessés en traitement à l'Hôtel-Dieu et à la Charité. Tous les blessés ont été successivement interrogés. Leur état est généralement très-satisfaisant. L'Hôtel-Dieu en compte 70 et la Charité 138. Les adjoints au maire ont distribué d'urgence des secours à quelques-uns des plus nécessiteux de ces braves gens, ceux dont les femmes et les enfants sont dans le besoin. M. Buchez demandait à l'un d'eux, qui s'est montré des plus intrépides pendant le combat, ce qu'il désirait : le blessé lui répondit qu'il était heureux de voir la République proclamée, et qu'il ne demandait qu'une chose, 25 francs pour payer son terme prochain, puisqu'il ne pouvait travailler. Quand on voit le peuple faire de telles réponses au milieu de ses souffrances et du besoin, on l'admire. Du reste, tous les soins sont prodigués aux blessés : chirurgiens, élèves, administrateurs, aumôniers, sœurs de charité, gens de service, tout le monde rivalise de zèle. Le 18, la visite des hôpitaux sera continuée.

La nomination de M. Donné aux fonctions d'inspecteur général des écoles de médecine, faite contrairement à l'art. 90 du décret du 17 mars 1808, est annulée. Le service d'inspection se fera comme précédemment.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LE CHOLÉRA-MORBUS OBSERVÉ A CONSTANTINOPLE EN 1847 ET 1848.

Par M. Monneret, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Bon-Secours (1).

Les craintes sérieuses excitées en Europe par la marche incessante du choléra-morbus, décidèrent le gouvernement français à envoyer un médecin pour faire des observations sur la marche, les causes et le traitement de la maladie. J'avais été désigné pour me rendre en mission à Trébizonde, et lorsque j'arrivai à Constantinople, le choléra avait cessé entièrement depuis plusieurs mois dans la première de ces deux villes. C'est donc uniquement sur le choléra qui régnait alors à Constantinople, qu'ont porté mes observations.

Le choléra-morbus s'y déclara le 24 octobre 1847, et le nombre des habitants frappés fut si petit, que les médecins de la ville hésitaient à reconnaître son existence; mais bientôt personne ne put la mettre en doute.

Les soldats de l'armée de terre et de mer furent atteints avec assez de violence pour qu'on dût craindre un instant de voir le choléra revêtir une forme épidémique bien caractérisée.

Il affecta dans sa marche et ses formes une allure toute particulière, qui mérite d'autant plus l'attention des pathologistes, qu'elle exigeait des médications différentes dont l'efficacité n'était pas douteuse, lorsque le médecin savait découvrir les indications particulières qui s'offraient à lui. J'exposerai rapidement les différents symptômes propres aux trois formes que j'ai spécialement distinguées.

Première forme. Elle mérite de porter le nom de choléra de complication; elle s'est montrée d'une manière insidieuse, chez un grand nombre de sujets atteints d'une maladie viscérale; tantôt c'était une affection aiguë ou chronique des voies respiratoires, tantôt le siége du mal était dans les viscères abdominaux; la pneumonie, la pleurésie, la bronchite, la diarrhée et les dyssenteries, furent surtout les maladies dans le cours desquelles le choléra se déclarait comme complication.

On conçoit qu'en pareille circonstance le traitement ne pouvait être

(1) Extrait d'un Mémoire lu à l'Académie de médecine le 21 mars 1848.

le même, et qu'il fallait combattre à la fois la maladie primitive, et associer aux agents thérapeutiques ordinaires ceux que l'on a préconisés dans le traitement du choléra. Une courte relation des symptômes observés en pareil cas est nécessaire pour faire comprendre comment devait être dirigé le traitement.

Aux symptômes ordinaires de la maladie principale se joignaient d'abord des vomissements de matières bilieuses, très-rarement floconneuses, des évacuations alvines assez fréquentes et de nature également bilieuse; enfin la cyanose et l'algidité. Toutefois ces deux derniers états, si intenses dans le choléra indien, étaient loin d'offrir la même gravité dans la forme que j'étudie en ce moment. Le refroidissement était rarement général; limité aux extrémités des membres, faible au visage, il augmentait ou diminuait suivant que la maladie viscérale subissait les mêmes variations; le pouls était rarement effacé; toutefois le visage offrait cette expression propre aux cholériques; l'œil était excavé, le regard sans vie, la voix cassée, la sécrétion des urines suspendue.

Lorsque la maladie primitive était une phlegmasie, elle devait être combattue par les saignées générales ou locales, et l'on voyait alors la cyanose et l'algidité s'affaiblir et disparaître même lorsque la maladie principale marchait vers la guérison. Dans les maladies de l'intestin, la dyssenterie, la colite, les applications de sangsues plusieurs fois répétées sur le ventre et à l'anus déterminaient les meilleurs effets. J'ai remarqué bien souvent que les douleurs abdominales commençaient en pareil cas, et s'amendaient lorsqu'on avait appliqué un grand nombre de sangsues sur le ventre. En un mot, toute la première partie du traitement consistait à combattre la maladie primitive par les médications qui ont été recommandées.

Le traitement qui réussissait le mieux pour prévenir l'algidité et la cyanose était l'emploi des agents capables de céder leur calorique à la peau; les bains sinapisés, les frictions, les bains de vapeur, avaient une grande utilité.

Souvent la cyanose et l'algidité cessaient lorsqu'on avait pratiqué, chez les sujets robustes, une émission sanguine générale; il était rare alors que le sang ne s'écoulât pas par jets et avec une assez grande facilité.

Deuxième forme. Elle se montra surtout au début de l'épidémie, et se prolongea lorsqu'elle eut perdu de son intensité. Elle était en tout semblable à celle que nous avons observée souvent à Paris; j'ajouterai seulement que les symptômes généraux étaient plus prononcés; que, pendant les sept à huit jours que durait la diarrhée, les malades perdaient leurs forces, l'appétit; un grand nombre d'entre eux étaient pris

de vertiges, de bourdonnement d'oreilles, et d'un brisement des membres tel qu'on le rencontre dans les fièvres typhoïdes.

Cette cholérine, amenée surtout par les aliments de mauvaise qualité ou insuffisants, était encore entretenue par l'humidité atmosphérique. On pouvait donc la prévenir en éloignant ces causes nuisibles. Une fois que la maladie était déclarée on pouvait encore l'enrayer, si les malades n'en dissimulaient pas l'existence, à l'aide de certains médicaments qui ont obtenu sous mes yeux un très-grand succès. Le sous-nitrate de bismuth à la dose de 4 à 6 grammes par jour, les boissons amidonnées et additionnées de 30 ou 40 gouttes de laudanum, les lavements préparés de la même manière, suffisaient souvent pour arrêter le mal. Dans les cas plus graves, les sangsues, appliquées sur le ventre, dissipaient la douleur que les malades y ressentaient. J'ai vu saigner plusieurs sujets robustes, qui furent promptement soulagés après cette opération. Enfin, il n'y avait pas un seul médicament empirique capable de produire des effets aussi rapides et aussi durables que ceux commandés par les indications tirées de la complication d'abord, et des symptômes ensuite.

Troisième forme. *Choléra asiatique.* Celle-ci a fait périr un peu moins de la moitié des malades, et plusieurs ont succombé dans l'espace de quatre ou cinq heures; les symptômes alors étaient tout à fait identiques à ceux du choléra observé à Paris; toutefois, les crampes étaient beaucoup plus rares, et la matière des vomissements et des selles ressemblait peu à ce que l'on observe dans le choléra indien. Le refroidissement n'était qu'apparent, car le thermomètre, placé dans le creux de l'aisselle, n'a jamais cessé d'indiquer moins de 36 degrés centigrades. Pour peu que la maladie fût intense, la cyanose et le refroidissement pouvaient durer d'un à six jours et plus encore; ces deux états étaient remplacés souvent par l'adynamie, qui exigeait alors une médication toute particulière. Le ventre était sensible à la pression, et les sujets y ressentaient une douleur qu'ils ne manquaient pas d'accuser; la soif était vive et incessante, l'appétence pour les boissons froides, glacées, acidulées, était extrême : ces symptômes méritaient une médication toute spéciale. Le ventre, au lieu d'être rétracté, était souvent tendu et même météorisé.

Le choléra algide m'a paru naître dans les circonstances hygiéniques que j'ai longuement développées dans le Mémoire dont l'Académie a ordonné l'impression; je rappellerai seulement ici que l'influence épidémique étant reconnue comme la cause spécifique du choléra, il faut admettre l'intervention d'autres causes, qui ont concouru puissamment au développement du choléra de Constantinople.

Ces causes incontestables et toutes déterminantes sont : 1° Une alimentation insuffisante et composée surtout de poissons, de fruits et de légumes de mauvaise qualité ; la petite quantité de viande ;

2° L'action d'un froid humide, facilement ressenti par les soldats, que leurs vêtements protégeaient mal contre les rigueurs de la saison ;

3° La nostalgie et les fatigues causées par le service, qui fut pénible à bord de la flotte turque pendant plusieurs mois.

Telles sont les influences nuisibles qui ont agi pour préparer l'organisme à recevoir plus facilement l'action de la cause spécifique contenue dans l'atmosphère.

J'ai vu combattre le choléra algide par toutes les médications que nous avons vu successivement employer à Paris ; les fortes excitations du système cutané, à l'aide de rubéfiants, de corps chauds, de vésicatoires, de sinapismes, de frictions stimulantes, etc., m'ont rendu les plus grands services.

J'ai vu souvent employer la saignée générale, et ce qui étonnera beaucoup les médecins fortement prévenus comme moi contre cette déplétion sanguine, c'est que beaucoup de malades, déjà cyanosés, ont supporté sans inconvénient la saignée ; le sang s'écoulait facilement par l'ouverture pratiquée à la veine, et plusieurs sujets entrèrent rapidement en convalescence après une seule saignée. Toutefois je n'oserais pas en conseiller l'emploi, excepté dans les cas où le malade est robuste, et lorsqu'il se plaint d'une grande oppression, et que la circulation centrale et périphérique est bien développée.

La perte de sang que l'on obtenait en plaçant les sangsues sur le ventre soulageait beaucoup les malades ; on ajoutait à leur action salutaire en plaçant sur le ventre des fomentations émollientes ou des cataplasmes.

Au commencement de janvier 1848, j'ai vu sur un grand nombre de sujets la cyanose, l'algidité, se prolonger pendant plusieurs jours et finir par faire place à un état adynamique qui simulait celui que l'on connaît sous le nom d'état typhoïde. Les symptômes observés étaient les suivants : stupeur, hébétude faciale, œil chassieux, narines pulvérulentes, lèvres sèches, langue brunâtre, également sèche, soif vive, ventre sensible, météorisé, gargouillement, selles involontaires.

Les médicaments qui ont réussi le mieux à mettre fin à cet état pseudotyphoïde étaient les toniques fixes, spécialement le quinquina associé au laudanum, les boissons astringentes et acidulées, la liqueur anodine d'Hoffmann, l'eau de Seltz, les lavements camphrés et éthérés, etc.

Le point le plus essentiel de la thérapeutique sur lequel j'appelle

l'attention de tous les médecins, est la prophylaxie ; il importe que l'on sache qu'en éloignant les causes hygiéniques nuisibles, signalées précédemment, et en réduisant toute l'action pathogénique à l'influence exercée par l'épidémie, on préservera aisément une grande partie des populations ; mais il faut savoir faire des sacrifices. L'alimentation, les vêtements, doivent exciter toute la sollicitude des citoyens préposés à la sûreté publique. Proscrivons surtout ces odieuses quarantaines qui ne sont appuyées sur aucun fait avéré de contagion. Que l'on sache bien que les pays dans lesquels on a établi des cordons sanitaires n'en ont pas moins été frappés, et que l'on a été contraint d'y renoncer entièrement. J'ai l'espoir que le choléra ne viendra point en France, ou que, s'il y arrive, il s'y montrera avec les formes adoucies que je viens de faire connaître. Une rigoureuse observance des règles de l'hygiène en rendrait à coup sûr les attaques plus rares et moins meurtrières.

DES FRICTIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DE L'ENCÉPHALITE. — UN MOT SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU MERCURE CONTRE L'IRRITATION ET L'INFLAMMATION.

Quoique les antiphlogistiques, combinés avec les émollients, soient le meilleur traitement qu'on puisse opposer à l'état inflammatoire, ne le voit-on pas très-souvent échouer, dans des cas considérés par tous les praticiens comme de véritables phlegmasies ? Ne sait-on pas, par exemple, que la pneumonie, la pleurésie, la péritonite, etc., refusent souvent leur guérison aux évacuations sanguines les mieux dirigées, tandis que ces affections disparaissent sous l'influence d'un autre modificateur de l'économie malade ? On peut en dire autant de l'encéphalite : il est, en effet, des phlegmasies cérébrales contre lesquelles on a beau employer la saignée sous toutes ses formes, et la pousser aussi loin que possible ; les réfrigérants sur la tête, si vantés par MM. Parent et Martinet, et du reste très-utiles dans certains cas ; les exutoires, les révulsifs extérieurs et intérieurs, l'émétique à haute dose, conseillé par Abercrombie : en dépit de tous ces remèdes, la maladie fait toujours des progrès, et si vous n'avez hâte de lui opposer un autre moyen, le malade arrivera bientôt à son heure dernière.

Dans ces cas, réfractaires au traitement le plus rationnel de l'encéphalite, les frictions mercurielles sur la tête, et largement employées, me paraissent être appelées à rendre les services les plus éminents. Cette conviction sur l'efficacité de l'usage iatraleptique du mercure m'a été suggérée par trois cas de guérison de cette affection que je vais rapporter. Les malades qui font le sujet de ces observations étaient, à notre

avis, sans la puissance médicatrice du mercure, voués à une mort certaine. Au reste, le lecteur peut en juger par la description que voici :

Obs. I. Le 26 juin 1844, Burguière, propriétaire, de Canac, tempérament sanguin, fort et robuste, cinquante-deux ans, voulant aider un de ses voisins à charger un sac de blé, le plancher se brise sous ses pieds, et il chute dans une cave, sur le pavé. Il est relevé sans connaissance. Depuis cette époque, chaque pas, chaque mouvement un peu brusque suscitent des douleurs de tête fort vives. Le 27 juillet, étant en foire dans une petite ville des environs, il y boit du vin et y prend une tasse de café : la céphalalgie augmente. Le 28, ayant à peine bu un demi-litre de vin avec un de ses amis, le mal de tête devient si violent, qu'il est obligé de se lever de table et de m'envoyer prendre immédiatement. En arrivant, je le trouve dans l'état suivant : grande céphalalgie, que le malade rapporte surtout à la bosse frontale gauche; figure animée ; la lumière affecte péniblement la vue ; pouls dur, un peu fréquent. Saignée de 400 grammes, eau fraîche sur la tête, tisane d'orge, diète, repos au lit. Le 29, amélioration très-sensible, qui va en augmentant jusqu'au 8 du mois suivant. Le 8 août, contre ma prescription, le malade se sentant beaucoup mieux se lève de son lit, va s'asseoir à l'ombre dans un pré qui touche sa maison, prend un bouillon avec quelques trempes, et mange un morceau de viande. Le 9, céphalalgie très-vive, et surtout à la bosse frontale gauche; pouls dur et fréquent, trouble des facultés intellectuelles, assoupissement. Large saignée, 45 grammes sel de Sedlitz, eau fraîche sur la tête, très-souvent renouvelée au moyen de deux vessies ; un bain de pieds sinapisé. Le 10, délire, assoupissement, pouls fréquent et encore assez dur; il y a deux ou trois selles. Saignée de trois palettes, 1 gramme et 20 centigrammes calomel à prendre en trois doses, toutes les heures : sinapismes sur les extrémités inférieures. Le 11, assoupissement plus prononcé, réponses très-lentes, pouls plein, moins fréquent; il y a en plusieurs selles : vingt sangsues à la base du crâne, sinapismes aux jambes, continuer l'eau fraîche. Le 12, vingt nouvelles sangsues; le reste comme la veille. Le 13, assoupissement continuel; le malade n'ouvre les yeux que pour répondre d'une manière très-lente et très-vague aux questions qu'on lui adresse ; grande difficulté pour sortir la langue, jambe droite insensible aux sinapismes, pouls dur : 30 centigrammes tartre stibié, dans une potion de 150 grammes, une cuillerée toutes les deux heures ; vésicatoires aux jambes. Le 14, vomissements très-prononcés à la suite de la potion, qu'on a été obligé de suspendre ; insensibilité de la pupille à la lumière, insensibilité de tous les sens; difficulté pour avaler, urines involontaires, pouls lent, coma. Tous les assistants considèrent le malade comme touchant à son dernier terme, et le curé de la paroisse lui a fait les prières des agonisants. Il était neuf heures du matin : en désespoir de cause, je conseille de raser toute la tête aussi bien que possible, et de frictionner toutes les heures le cuir chevelu avec gros comme une petite noix d'onguent mercuriel double ; chaque friction doit être continuée pendant un petit quart d'heure. Le 15, amélioration ; le malade ouvre les yeux lorsqu'on l'appelle ; il ne peut sortir la langue ni répondre aux questions qu'on lui adresse. Continuer les frictions mercurielles. Le 16, amélioration très-sensible ; le malade sort la langue, fait signe avec la main gauche que les gencives lui font du mal; une stomatite mercurielle s'est en effet emparée de

la bouche ; il lui est impossible d'articuler une seule parole. Suspendre les frictions mercurielles. Deux mouches de Milan sur la partie postérieure de la tête. Le 17, le malade peut prononcer quelques paroles, son intellect va mieux ; mais la mémoire est si confuse, qu'il appelle sa fille écuellée, et désigne d'autres personnes et d'autres objets par des expressions aussi bizarres. Il existe toujours une semi-paralysie du côté droit, et les urines sont encore involontaires. A dater de cette époque, tous les symptômes vont graduellement en s'amendant, et, au bout d'une dizaine de jours, le malade entre dans une convalescence qui fut extrêmement longue. Aujourd'hui Burguière se porte fort bien, et, dans la guérison de son inflammation cérébrale, il a aussi trouvé celle d'une dureté d'oreille qui le gênait depuis longtemps.

Obs. II. Le petit R., âgé de trois ans et demi, fort pour son âge, éprouve subitement, le 13 novembre 1846, une syncope. Le 14 et le 15, convulsions se répétant de temps en temps. Cet enfant ayant eu, l'année précédente, une affection chronique qui avait cédé à l'usage de la valériane et de l'assa-fœtida, son père vint me dire que son fils était atteint de la même maladie, et de vouloir bien lui conseiller les mêmes remèdes. Ce traitement paraît produire une légère amélioration jusqu'au 4 décembre. Alors, convulsions plus fréquentes et plus intenses, figure animée, céphalalgie, perte des forces et de l'appétit. Sangsues derrière les oreilles, bains de jambes sinapisés, eau fraîche sur la tête. Le 6, figure rouge, perte complète de connaissance, pouls un peu fréquent et assez résistant, urines involontaires, pupille insensible à la lumière, résolution des membres, convulsions. Six nouvelles sangsues à la base du crâne, 30 centigrammes calomel en trois doses, une toutes les heures, continuer l'eau fraîche. Le 7, vésicatoire à la nuque. Le 8, état pire. Son père, qui vient me trouver, croit le malade sans espoir. Raser la tête, frictionner, toutes les heures, le cuir chevelu, avec gros comme une petite noisette d'onguent mercuriel double. Le 10, grande amélioration, qui va toujours en augmentant, au point que, le 13, la convalescence se déclare. Toute trace apparente de la maladie a disparu jusqu'au 30, où on commet l'imprudence de donner à l'enfant du fromage qui avait fermenté avec de l'eau-de-vie. Retour des convulsions et de la fièvre. Nouvelles frictions mercurielles, qui font justice de la fièvre et des convulsions, mais qui, malheureusement, laissent une faiblesse dans la vision, dans le mouvement du bras et de la jambe droite, ainsi qu'un dérangement notable des fonctions intellectuelles, qui persistent encore, malgré diverses médications mises en usage.

Obs. III. Le 26 août 1847, je suis consulté pour la petite Palmier d'Ajas, âgée de près de trois ans, et habituellement robuste. Elle éprouve des maux de tête et des vomissements, sa figure est rouge, elle est sans appétit. Sangsues derrière les oreilles, eau fraîche sur la tête, bains de pied sinapisés, tisane de chiendent, diète. Le 28, on vient me prendre en toute hâte, me disant que, depuis quelques heures, la petite était beaucoup plus malade, qu'elle était presque sans connaissance. Arrivé auprès d'elle, je la trouve dans l'état suivant : perte complète de connaissance, pupille peu sensible à la lumière, pouls petit et un peu fréquent, yeux entr'ouverts, pommettes rouges, et le reste de la figure pâle. Sangsues derrière les oreilles, lavement purgatif, sinapismes sur les extrémités inférieures. Le 29, même état. Raser la tête ; toutes les huit heures, frictionner le cuir chevelu avec gros comme une noisette d'onguent mercuriel double. Le 30, légère

amélioration, qui va toujours en augmentant, sous l'influence des frictions mercurielles. Je revois la malade le 2 septembre; alors les facultés intellectuelles avaient à peu près repris leur état normal; la figure était un peu animée et le pouls un peu fréquent : continuer une friction chaque jour jusqu'au 4 septembre, où une convalescence franche se déclare et atteint bientôt une guérison certaine, qui dure encore.

Il est impossible de ne pas reconnaître dans ces observations la force médicatrice du mercure, à moins de vouloir fermer les yeux à l'évidence. On ne viendra pas m'objecter que c'est un pur effet de coïncidence, alors que tous les moyens employés en pareil cas avaient été mis en usage, et que, malgré leur emploi, l'affection avait fait de tels progrès que déjà les malades étaient sur les bords de la tombe. C'est dans un état si désespéré que les frictions mercurielles sont opposées aux progrès incessants de la maladie, et c'est sous leur influence que la vie, sur le point de s'éteindre, se réveille et prend de l'énergie, que la santé renaît et devient même plus belle chez le sujet de la première observation. Je conviens que dans celle-ci on peut attribuer une part de la guérison aux mouches de Milan qui furent appliquées derrière la tête; mais on doit aussi convenir que l'élan de la cure avait été donné par les frictions mercurielles, et que si une stomatite n'était venue s'opposer à leur continuation, le malade aurait été probablement conduit à bon port par la seule vertu de la pommade hydrargirique. Néanmoins, je dois dire qu'il n'y a aucun remède qui réussisse partout et toujours, et que, dans les cas où l'encéphalite refusera sa guérison complète à l'emploi iatraleptique du mercure, cette observation nous autorise à espérer qu'une ou plusieurs mouches de Milan, appliquées sur la partie postérieure de la tête, viendront avantageusement à son aide.

Au reste, je ne suis pas le premier qui conseille le mercure contre les inflammations du cerveau : les Anglais emploient depuis plusieurs années le calomel à haute dose, et en France on a aussi mis en usage la pommade mercurielle. Il est vrai que ceux qui ont administré ce dernier médicament, dans ces cas pathologiques, ont eu principalement en vue la forme d'encéphalite qu'on appelle d'une manière fort impropre hydrocéphale aiguë, et que jusqu'ici, au moins que je sache, on ne l'a pas encore prescrit contre toute espèce de phlegmasie cérébrale. Voilà pourquoi je désirerais fixer l'attention des praticiens sur les bons résultats qu'on peut retirer des frictions mercurielles sur le cuir chevelu dans le traitement de la phlogose de tous les organes encéphaliques.

Afin qu'on ne pense pas que je me suis mépris sur le diagnostic des observations que je viens de rapporter, je dois dire que j'entends par encéphalite l'inflammation de toutes les parties renfermées dans la boîte du crâne. Y a-t-il, en effet, des signes positifs pour distinguer, au lit du

malade, l'inflammation du cerveau de celle de ses membranes? Jetez un coup d'œil sur les auteurs qui ont écrit sur les affections cérébrales, et vous serez bientôt convaincu qu'il n'existe qu'obscurité et confusion non-seulement sur le diagnostic différentiel qu'ils se sont efforcés à établir entre l'inflammation du cerveau et celle de ses enveloppes, mais encore sur le diagnostic de celle qui attaque la partie centrale ou extérieure de cet organe. Lisez leurs observations, et vous verrez que presque toujours il y a complication de phlogose du cerveau et des méninges, et que de plus ils redisent à peu près les mêmes symptômes pour chaque espèce d'encéphalite. Aussi Georget, dans le *Dict.* en 21 vol., et Boyer, dans son *Traité des malad. chirurg.*, ont-ils renfermé dans un seul article tout ce qu'ils avaient à dire sur les affections cérébrales. Un écrivain écossais, qui a si bien dit sur les maladies du cerveau, Abercrombie, quoiqu'il ait divisé en plusieurs espèces ces affections pathologiques, n'a pu s'empêcher de faire insérer, presque en tête de son ouvrage, les lignes suivantes : « Nos connaissances sur les maladies de l'encéphale ne sont « point assez parfaites pour qu'il soit possible de déterminer les sym- « ptômes propres aux phlegmasies de la substance du cerveau et ceux « qui les distinguent des inflammations de ses membranes ; cette dis- « tinction n'est, d'ailleurs, que d'une assez faible importance en prati- « que ; nous nous bornerons donc à donner le tableau général des phé- « nomènes morbides qui indiquent l'existence d'une inflammation dans « quelque partie des organes encéphaliques. » Et qu'importe au praticien de savoir dans quelle partie du cerveau réside l'ennemi qu'il veut combattre, si c'est toujours avec la même arme qu'il doit l'attaquer ! Ce qu'il y a de plus essentiel pour lui, c'est de connaître la force de cette arme, la manière de la manier et le moment le plus favorable pour s'en servir. Néanmoins, loin de nous la pensée de jeter le blâme sur ces louables scrutateurs de la mort, qui cherchent à préciser le siége des maladies cérébrales. Ces investigations peuvent conduire à des découvertes pathologiques qui, à leur tour, peuvent seconder la thérapeutique. C'est enfin un moyen de première nécessité pour agrandir le domaine de la science médicale.

Il est évident pour tout le monde que, si on veut obtenir de la pommade mercurielle tout l'effet qu'on en attend, on doit raser la tête aussi bien que possible, continuer chaque friction au moins pendant dix minutes, et enlever de temps en temps les vieilles couches d'onguent avec des lotions d'eau savonneuse. La dose de chaque friction doit être relative à l'intensité de la maladie et à l'âge du sujet. Ainsi, on a vu que, dans la première observation, nous avons employé gros comme une noix de pommade toutes les heures ; dans la deuxième, gros comme une noi-

selle toutes les trois heures, et la même quantité toutes les huit heures dans la troisième. Cette dose a été continuée pendant plusieurs jours avec avantage et sans aucun inconvénient dans les deux dernières observations. Il est vrai qu'une stomatite se déclara le troisième jour dans le premier cas, mais elle fut si légère qu'elle se dissipa d'elle-même et sans la moindre médication. Toujours est-il qu'on ne doit jamais perdre de vue que, lorsqu'on veut combattre une encéphalite par les frictions mercurielles, on doit agir vigoureusement si on ne veut pas se trouver bientôt en face de désordres irrémédiables par toute espèce de traitement.

Mais dans quelle période de la maladie doit-on faire usage du mercure? Avant de répondre à cette question, jetons un coup d'œil sur l'action physiologique et thérapeutique du mercure.

Ce médicament jouit d'une réputation séculaire dans le traitement des maladies vénériennes; plus tard il a été employé contre une foule d'états morbides, et, dans ces derniers temps surtout, on en a fait un grand usage à peu près contre toutes les affections inflammatoires. Dans plusieurs cas de ces dernières, il a été prôné par certains et considéré comme de nul effet par certains autres. Cette diversité d'opinion sur la propriété médicamenteuse du mercure contre la phlogose comme contre bien d'autres maladies, me paraît provenir de ce qu'on a employé ce remède héroïque sans méthode et sans une appréciation suffisante de ses effets sur l'économie animale. Pour nous, le mercure est un puissant sédatif du système nerveux dans les cas d'irritation et de phlogose, et un excitant spécial du système exhalant et absorbant : développons ces deux propositions.

Et d'abord, comment le mercure est-il un sédatif du système nerveux dans les cas que je viens d'indiquer? Je pense qu'on doit considérer comme calmant du système nerveux tout agent médicamenteux qui possède la faculté de ramener ce système à son état normal, alors qu'il est dans un état de surexcitation, en calmant la douleur qui n'est que l'expression de cette exaltation nerveuse. Eh bien! vous trouverez dans le mercure un modificateur de l'économie animale qui remplit parfaitement cette indication, en frictionnant plus ou moins souvent, selon l'intensité des souffrances, avec l'onguent mercuriel, la partie ainsi surexcitée. Citons quelques faits à l'appui de cette assertion.

Il y a sept à huit ans, Castan, de Roqueyson (Lozère), se fait une blessure, par inadvertance, avec un instrument tranchant, sur le genou droit. Une séreuse est ouverte; la plaie, qui est pendant quelques jours sans douleur, s'envenime. Le docteur Durand de la Canourgue est appelé, et met en usage tout ce qu'un médecin instruit comme lui peut faire en pareille occurrence. Les souffrances augmentent, la fièvre se déclare, et on craint pour les jours du malade. Appelé auprès de Castan, je le trouve dans l'état sui-

vant : fièvre très-intense, maigreur extrême, douleurs insupportables au genou malade, et surtout tout autour de la plaie, qui donne issue à un pus fétide et séreux ; on ne peut faire exécuter le moindre mouvement au membre sans arracher les cris les plus aigus au malade, qui tremble même lorsqu'on va toucher les couvertures; la partie affectée est très-sensible à la plus légère pression, et d'une tension qui n'est pas relative à l'intensité des souffrances. Frictionner, toutes les huit heures, le genou malade, avec 4 grammes onguent mercuriel double ; fomentations avec une décoction de mauve et de têtes de pavot ; panser la plaie avec une solution de chlorure de calcium. Le surlendemain, je revois le malade ; une amélioration des plus notables s'était opérée après la troisième friction ; alors point de souffrances, à moins qu'on ne remuât le membre ; presque plus de fièvre ; appétit. Continuation des frictions soir et matin. Trois jours après, le malade pouvait faire exécuter à la jambe quelques mouvements sans trop de douleur, et il parlait même de se lever. Une friction chaque jour pendant une huitaine, et, au bout de ce temps, le malade se promène avec des béquilles, et il se trouve si bien qu'il ne réclame plus mes soins. Enfin, de ces souffrances qui ont failli mettre un dernier terme à ses jours, il ne lui reste qu'un peu de raideur dans l'articulation fémoro-tibiale, raideur qui s'est encore bien affaiblie par les douches et les bains de Bagnols.

—Le berger de M. Ségala de La Fayette (Lozère) vint me trouver dans le mois de juillet 1845, pour une douleur rhumatismale siégeant dans l'articulation tibiotarsienne gauche. La partie était peu tendue, un peu sensible à la pression ; mais la marche et la station étaient impossibles. Sangsues répétées pendant deux ou trois fois, cataplasmes émollients ; frictions calmantes, continuées pendant quatre ou cinq jours, sans amendement pour les souffrances qui paraissent, au contraire, augmentées. Alors, frictions mercurielles, soir et matin, pour tout traitement. Sous l'influence de cette médication, une amélioration si efficace, si prompte et si durable se déclare, qu'au bout du cinquième jour il parcourt à pied un trajet de près de deux heures pour venir me trouver ; et le voilà depuis lors à l'abri de toute recrudescence.

—Vers la fin du mois de septembre 1847, Clavel (Joseph), de Campagnac, âgé d'une trentaine d'années, habituellement bien portant, aide à ferrer un bœuf ; un clou est à peine dans son sabot, que, par un mouvement brusque, il enfonce le clou dans le genou droit de Clavel. Comme la blessure offrait une petite dimension et que la douleur était légère, le malade crut pouvoir aller labourer. A peine a-t-il tracé quelques sillons, que la douleur se réveille bien vive. On le met sur un char pour le transporter dans sa maison, distante d'un quart d'heure tout au plus. Vers le milieu de la route, par suite des cahotements du char, douleurs plus aiguës ; on est obligé de remplacer le char par un brancard. Je vois le malade deux heures après l'accident : alors, souffrances si intolérables, qu'elles arrachent des larmes et des lamentations continuelles au malade; il tient, pour se soulager, la jambe en l'air avec ses mains, et la comprime de toutes ses forces ; toutes les positions sont insupportables ; le genou est un peu gonflé et très-sensible à la plus légère compression. Frictions mercurielles, toutes les trois heures, sur le genou affecté ; 4 grammes d'onguent pour chaque friction; amélioration notable après la première. Le surlendemain je rencontre Clavel dans la rue, et, au bout de quelques jours, il reprend sa charge de domestique.

—Vers le milieu du mois de septembre 1847, le maître-valet de M. Rossignol, de Campagnac, est atteint d'une douleur rhumatismale du muscle deltoïde droit. Impossibilité de continuer ses occupations. Sangsues, cataplasmes, frictions calmantes pendant six jours. Légère amélioration; mais le malade ne se sent pas encore le courage de reprendre ses travaux ordinaires. Frictions mercurielles soir et matin. Après la première friction, l'amélioration est si forte, que Colsat prétend que cet onguent a un effet magique, et que, dès le lendemain, il a pu, avec ce bras, aller traîner la charrue dans un champ très-difficile à labourer.

S'il était nécessaire de citer d'autres faits, nous pourrions encore les multiplier; mais outre que l'espace ne le permet pas, nous pensons que ceux-ci sont plus que suffisants pour prouver la vertu sédative du mercure. Peut-on, en effet, trouver rien de plus concluant ? Des affections pathologiques surviennent, des douleurs très-vives se font sentir, au milieu d'une phlegmasie très-violente, comme dans l'observation de Caslan, ou bien dans un moment où la surexcitation nerveuse est à son comble et va se compliquer d'une phlogose des plus violentes et qui est déjà menaçante comme chez Clavel, les frictions mercurielles sont mises en jeu, le calme renaît, et toute cette scène de douleurs est suivie d'une guérison prompte, certaine et durable. Dans les autres deux cas, quoique les douleurs fussent moins aiguës, on ne peut s'empêcher de remarquer que notre remède manifeste la sédation d'une manière sûre et rapide. Ainsi une hypersthénie nerveuse ou phlogistique se présente-t-elle au praticien ; qu'il ait recours aux frictions hydrargiriques, il y trouvera un hyposthénisant sûr, énergique, actif. Néanmoins, qu'il n'aille pas croire que, par ce moyen, il va assoupir la douleur partout où il la trouvera : pour réussir, ainsi que nous le prouverons un peu plus bas, il faut que la circulation capillaire puisse se faire, afin que celle du fluide nerveux puisse avoir lieu ; que les filets du grand arbre de la sensibilité ne soient pas trop comprimés, et qu'enfin l'inflammation ne soit pas portée trop loin.

Si encore on veut une preuve de l'action hyposthénisante du mercure sur le système de l'innervation, que l'on jette un coup d'œil sur le tableau des maladies qui affectent les ouvriers qui travaillent dans des fabriques où on manie souvent le mercure : là, vous trouverez de l'insensibilité, des faiblesses et des tremblements dans les membres, des engourdissements, des paralysies, des surdités, des amauroses; enfin tout ce qui caractérise un affaiblissement de la force nerveuse.

Nous avons dit plus haut que le mercure était un surexcitant spécial du système exhalant et absorbant. Et comment ne pas considérer comme tel un agent qui augmente l'énergie de ces fonctions et qui les réveille lorsqu'elles sont suspendues ? Ne voit-on pas souvent, par exemple, la sécrétion salivaire excessivement augmentée à la suite de l'emploi des pré-

parations mercurielles? Qui ne sait pas que, en appliquant un emplâtre mercuriel sur une tumeur froide, indolente, on la voit, sous son influence, se ramollir, diminuer de volume et disparaître d'une manière complète? Quel est le médecin qui ignore que tous les jours en pratique, on associe le calomel avec la scille ou tout autre diurétique dans le traitement des hydropisies ? Quel est le praticien un peu répandu qui n'a pas vu bien souvent des collections aqueuses se dissiper à la suite de frictions mercurielles? Nous savons que certains considèrent les affections pathologiques dont nous venons de parler, comme se trouvant sous la dépendance d'un état phlogistique, et que le mercure, en détruisant cette phlogose latente, guérit la maladie. Mais si le mercure, par sa propriété antiphlogistique, fait, par exemple, disparaître une tumeur froide tout à fait indolente, comment a-t-il le défaut d'animer et de faire passer à la suppuration une tumeur semblable, mais qui est le siége évident d'une inflammation subaiguë? Ainsi, par exemple, ayez deux ganglions lymphatiques engorgés, l'un complétement indolent à la compression, et l'autre douloureux dès qu'on le presse ; traitez l'un et l'autre par les frictions mercurielles, que va-t-il survenir ? C'est que probablement le premier se résoudra, tandis que le second deviendra plus douloureux, la peau rougira et la suppuration en sera le résultat. Si la préparation hydrargirique a agi comme hyposthénisant chez le premier, comment se fait-il qu'il ait agi d'une manière hypersthénique chez le second? Pour nous les choses se seraient passées tout différemment : quant à la première tumeur, le mercure aurait réveillé avec une égale force, soit les exhalants, soit les absorbants, l'harmonie aurait régné dans la fonction de ces deux ordres de vaisseaux, et par suite, la résolution se serait opérée; tandis que pour la seconde, par suite de la médication mise en usage, il y aurait eu surcroît d'exhalation, défaut d'harmonie entre les exhalants et les absorbants, à cause de la plus grande difficulté de la soustraire de ceux-ci ; de là congestion, surcroît de souffrances, et enfin suppuration. C'est exactement ce qui a lieu lorsqu'on emploie le mercure d'une manière intempestive contre une inflammation portée à son plus haut degré. Alors que les tissus sont fortement comprimés par les liquides qui stagnent et suspendent la circulation locale, les exhalants, animés par le stimulant qu'on dirige contre eux, exécutent leur fonction avec plus d'énergie, les absorbants se voient enrayés par la compression qui, à son tour, augmente la douleur et par suite la phlogose, et bientôt on voit survenir la suppuration qui, lorsque le mal est extérieur, met un terme aux souffrances, tandis qu'elle suscite très-souvent une terminaison fatale si c'est un organe intérieur important qui est le siége de l'affection morbide. Ainsi, par exemple, j'ai vu plusieurs fois la pommade mercurielle

employée contre des érysipèles phlegmoneux ou des érysipèles accompagnés de phlébite faire pâlir, résoudre, et guérir radicalement en quarante-huit heures les points les moins enflammés, tandis que, dans le même espace de temps, les points les plus malades étaient en pleine suppuration. Combien de fois ne m'est-il pas arrivé d'avoir affaire à des tumeurs laiteuses, dures mais indolentes et résistant à diverses médications, vouloir en finir par la suppuration et obtenir celle-ci dans très-peu de temps, en animant la partie malade par l'emploi des frictions dont il est ici question! Il est inutile de dire que ce qui a lieu pour les maladies externes se produit aussi pour les affections qui ont leur siége dans l'intérieur de l'organisme, avec la différence, comme je l'ai dit plus haut, que le résultat peut avoir des conséquences bien plus sinistres.

M. Giacomini pense que la salivation et la stomatite, qui sont la suite de l'usage du mercure, proviennent de l'irritation que ses globules exercent sur les vaisseaux sécréteurs. S'il en était ainsi, ces affections morbides devraient augmenter, bien loin de diminuer, lorsqu'on appliquerait sur l'extrémité de ces vaisseaux, des médicaments capables de resserrer leurs orifices et par suite empêcher l'issue des globules métalliques. Cependant c'est le contraire qui a lieu, il m'est arrivé plusieurs fois d'arrêter presque subitement des salivations et des stomatites mercurielles, en faisant gargariser une solution d'acétate de plomb concret, pourvu que j'eusse le soin d'employer ce remède au début de la maladie.

Il y a quatre ou cinq ans, une femme de Lapaoouse vint me consulter pour des plaies qui lui étaient survenues aux parties génitales, et qui la faisaient beaucoup souffrir. Elle me dit que, pour se guérir des morpions, elle s'était frictionné le pourtour des parties génitales avec l'onguent gris; qu'elle avait employé 15 grammes de cet onguent pour une seule friction, et que, dès le lendemain, la maladie dont elle était atteinte lui était survenue. Je conseillai des lotions avec une solution d'acétate de plomb, et de panser les plaies avec le cérat saturnisé. Bientôt notre malade se vit délivrée de ses souffrances par la cicatrisation de ses plaies, qui s'opéra après un très-court usage de la médication que nous lui avions prescrite. Si la théorie du savant professeur de Padoue est vraie, comment se fait-il que cette guérison ait eu lieu si rapidement par un traitement si contraire à sa manière de voir?

De ces principes sur l'action physiologique et thérapeutique du mercure, découlent des inductions pratiques de la plus haute importance, savoir :

1° Qu'on doit mettre en usage le mercure aussitôt qu'une irritation se déclare sur une partie, surtout si l'inflammation est déjà menaçante ;

2° Qu'on ne doit jamais employer les hydrargiriques sur une partie atteinte, une phlegmasie aiguë et assez intense pour passer à la suppuration, qu'après l'avoir dégorgée par les antiphlogistiques ;

3° Qu'on doit s'abstenir de tout épithème mercuriel sur une partie qui se trouve sous la dépendance d'une inflammation chronique, mais conservant assez d'acuité pour arriver à la suppuration, à moins qu'on ne veuille profiter de celle-ci pour obtenir une guérison plus prompte ;

4° Qu'on ne peut administrer aucune préparation mercurielle sans s'exposer à de trop grands dangers si on l'emploie à une assez haute dose, alors qu'il y a eu une trop grande perte des forces vitales et que le malade se trouve dans une grande faiblesse évidente ;

5° Que le mercure est un excellent résolutif des tumeurs froides, indolentes;

6° Qu'on doit s'en servir toutes les fois qu'on veut exciter le système exhalant et absorbant ; mais toujours en suivant les règles que nous venons de tracer.

D'après ce que nous venons d'exposer, on comprend déjà quelle est notre manière de voir sur la puissance antiphlogistique du mercure ; on doit s'être aperçu que, pour nous, il n'agit pas d'une manière directe sur la phlogose, mais seulement d'une manière indirecte, c'est-à-dire d'abord tout en déprimant la force nerveuse, en assoupissant le stimulus qui produit la fluxion, cause secondaire de l'inflammation ; et ensuite en excitant l'action du système lymphatique qui amène la résolution. Ces principes admis, à quelle période de l'inflammation doit-on administrer le mercure? D'après ce qui vient d'être dit, on prévoit d'avance que son administration doit avoir lieu tout à fait dès le début, alors que l'irritation existe déjà seule, et presque dégagée de la fluxion sanguine qui va survenir ; ou bien à une époque plus reculée, et seulement alors que le système sanguin est suffisamment dégorgé par des déplétions générales et locales. C'est par l'ignorance de ce précepte, que nous avons vu plusieurs fois les frictions mercurielles exaspérer des phlegmasies soit internes, soit externes. Ainsi, il y a une quinzaine de mois, à peu près, que la femme Roux, de Saint-Saturnin-Lerne, à la suite d'une forte sueur brusquement supprimée, éprouva sur chaque fessier une douleur très-vive, accompagnée d'un gonflement assez prononcé : une saignée, plusieurs applications de sangsues et des cataplasmes émollients produisent bientôt un amendement, surtout du côté gauche, où il ne reste qu'une tumeur légèrement douloureuse lorsqu'on la comprime : frictions mercurielles qui font justice de la maladie au bout de quelques jours. Le côté droit étant encore assez douloureux, nous conseillons des cataplasmes émollients. La malade s'étant vue délivrée de l'affection du côté gauche par un traitement mercuriel, prend sur elle d'appliquer la même médication sur le côté droit. Immédiate

ment retour de l'acuité de tous les symptômes ; et malgré les cataplasmes et les sangsues, la douleur ne cessa que par la suppuration.

Si le mercure ne doit être appliqué sur une partie enflammée qu'avec méthode et discernement, on ne doit pas être moins prudent lorsqu'on l'emploie chez un sujet déjà affaibli par d'abondantes émissions sanguines, ou par la longueur de la maladie ; une telle imprudence, surtout si le remède avait été longuement prescrit, pourrait avoir les conséquences les plus funestes, en produisant, même dans très-peu de temps, une dépression fatale des forces vitales. C'est ce qui aurait pu avoir lieu, dans le fait que nous allons raconter, si nous n'avions eu des notions précises sur la force hyposthénisante du médicament qui nous occupe dans ce moment-ci. Une fille, d'une vingtaine d'années, est atteinte d'une ascite consécutive à une péritonite chronique, datant de près de dix-huit mois. L'abondance de l'épanchement abdominal avait déjà nécessité deux ponctions ; l'amaigrissement et la diminution des forces étaient très-prononcés ; cependant, l'abdomen était le siége de douleurs très-vives, qui devenaient bien plus aiguës par la moindre pression ; nous pensons que ces souffrances peuvent être calmées par une friction de 4 grammes d'onguent mercuriel double, répétée soir et matin. Dès la seconde friction, il survient des faiblesses qui vont en augmentant ; de telle sorte, qu'après la quatrième, il y eut plusieurs syncopes. Cette perturbation du système nerveux, réunie à une suppression des menstrues, qui existait depuis deux mois, nous démontra la nécessité où nous étions de cesser le mercure, et d'avoir recours aux ferrugineux. Des préparations martiales sont en effet prescrites, et par leur influence, la malade s'est vue délivrée, non-seulement de la déperdition des forces, qui la minait sans cesse, mais encore de la collection aqueuse qui avait reparu pour la troisième fois.

Ainsi qu'on a dû s'en apercevoir, il n'a été question jusqu'ici que du mercure introduit dans l'économie animale par la peau. Avant de terminer cette note, nous allons faire connaître un cas d'encéphalite consécutive à une attaque d'apoplexie, où on verra que le mercure introduit dans l'intérieur, d'après la méthode de Robert Law, démontre la vertu sédative du système nerveux, tout comme lorsqu'on le fait agir par les nombreuses bouches absorbantes qui viennent s'ouvrir à l'intérieur.

Mon beau-père, habitant Séverac-le-Château, âgé de soixante-dix ans, tempérament sanguin, est atteint, pour la quatrième fois, d'une attaque d'apoplexie qui lui ôte l'usage de la parole et lui affaiblit beaucoup le mouvement des extrémités inférieures. Le docteur Cabiron pratique de suite une large saignée, qui est encore répétée le lendemain. Pendant une quinzaine de jours, sangsues sur diverses parties, révulsifs intérieurs et exté-

rieurs, eau froide sur la tête. Malgré ces moyens énergiques, les maux de tête persistent, des vomissements se renouvellent à la moindre ingestion de liquide, la figure est rouge, le pouls ainsi que le cœur donnent des battements très-forts, offrant de temps en temps une intermittence ; il y anorexie, et les forces vont toujours en faiblissant. Pensant que tous ces phénomènes morbides provenaient plutôt d'une excitation nerveuse que d'une excitation sanguine, nous abandonnons les antiphlogistiques, et nous prescrivons, de concert avec mon confrère, le mercure, d'après la méthode de Law. Quatre jours de ce traitement suffirent, en calmant cet orage pathologique, pour arracher le malade à une mort imminente, et produire une amélioration qui n'a laissé qu'une faiblesse dans le mouvement des jambes et dans les muscles des lèvres et ceux qui servent à la déglutition.

Si on voulait examiner ce grand modificateur de l'économie animale sur toutes ses faces, on n'en finirait pas ; mais nous nous apercevons que nous avons déjà été trop long pour un article de journal. Nous nous contenterons de dire, en finissant, que la science a bien du travail à faire encore pour connaître toute l'étendue de la force médicatrice du mercure.

PRIVAT, D. M. P.
à Campagnac (Aveyron).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA GOUTTE MILITAIRE ET DE SON TRAITEMENT.

(Premier article.)

Il est une incommodité légère en apparence, en réalité grave par ses effets ; souvent l'origine de pénibles préoccupations pour les malades, et ordinairement la cause de profondes altérations de l'appareil génito-urinaire.

Cette incommodité, c'est un faible écoulement de l'urètre, vulgairement nommé *goutte militaire*.

Ce *presque rien*, comme l'appellent ceux qui en sont atteints, est comme un défi jeté à la médecine, dont l'impuissance devant ce mal est démontrée par la grande quantité de médicaments successivement employés sans succès.

Sans doute le danger n'est pas toujours imminent ; l'on peut avoir longtemps cette goutte sans que la santé en soit modifiée ; mais, dans la majorité des cas, elle porte le trouble dans les fonctions génitales, ce qui cause aux malades de sérieuses inquiétudes.

Il est donc nécessaire de s'occuper du traitement de cette maladie : d'ailleurs, il est presque toujours réclamé avec instances lorsque le mal a fait quelques progrès.

Il y a des malades qui ont cette goutte depuis des années, sans souf-

frir d'aucun trouble fonctionnel : tout à coup, après un excès de table ou de coït, le mal localisé réagit sur la santé générale d'une manière fâcheuse, en portant le trouble dans les fonctions de l'appareil urinaire.

Pendant la première période, cette maladie se dévoile par des signes peu apparents. L'on voit au méat urinaire une quantité variable d'un liquide plus ou moins épais, plus ou moins coloré, plus ou moins filant ; le matin, en s'éveillant, les malades pressent entre les doigts l'extrémité du gland, ils font sortir du canal une certaine quantité de liquide purulent, épais, ou semblable à de l'eau gommée. Ils examinent avec une attention extrême l'urine qu'ils rendent en se levant, et qui entraîne en passant ce qui reste de mucosités dans le canal. Ces mucosités apparaissent sous la forme de filaments allongés ; c'est ce que les malades apellent des vers qui nagent dans l'urine ; c'est ce qui les occupe beaucoup.

Chez quelques sujets, la goutte paraît seulement le matin, et, pendant le reste de la journée, le canal reste sec.

Dans d'autres circonstances, c'est pendant le jour que la sécrétion est plus abondante ; alors la goutte ne reste pas dans la fosse naviculaire; elle mouille le linge, et elle forme des plaques dont le centre, épais et jaune, est entouré d'une auréole semblable à une solution de gomme.

Ces variétés de consistance, de couleur et de quantité, sont sans importance; elles sont le résultat de causes plus ou moins directes, et dont le retour est périodique.

Ainsi, par exemple, un repas plus excitant, une longue marche, une érection longtemps prolongée, un trop long espace de temps pour l'émission de l'urine, sont autant de causes qui modifient cet écoulement.

En résumé donc, que la goutte soit faible ou forte, la maladie existe.

Il est néanmoins une distinction importante à établir, importante surtout pour la direction à donner au traitement.

Le liquide sécrété est ou filant, comme une solution gommée, ou épais comme du pus. Dans le premier cas, l'on peut de suite assurer que le siége du mal est dans la portion spongieuse de l'urètre ; et, dans le second, qu'il est dans la courbure, c'est-à-dire dans cette partie qui comprend la portion membraneuse et la portion prostatique. La forme du jet de l'urine sert aussi, comme nous le verrons plus loin, à déterminer le siége du mal.

Je dois dire cependant que l'on voit fréquemment la portion courbe être seule affectée, tandis que la portion droite l'est rarement seule, surtout lorsque la maladie est déjà d'une date ancienne.

L'on est aussi souvent consulté par des hommes qui n'ont d'autre maladie qu'un très-faible suintement, qui ne sort pas, qui ne tache pas

le linge, mais qui colle l'une contre l'autre les lèvres du méat urinaire. Cet excès de la sécrétion prostatique est sans importance; et c'est ce qu'il faut persuader aux malades, qui se préoccupent beaucoup de cet état, et qui veulent se soumettre à toute espèce de traitement.

Comme ce fait particulier a trop peu d'importance pour que l'on s'en occupe avec détails, je me hâte de dire que je l'ai surtout remarqué chez les sujets blonds, lymphatiques ou affaiblis. Ils ont pris avec avantage le sirop d'iodure de fer.

Généralement, les malades ne souffrent pas de cette incommodité, et, si ce n'est quelques démangeaisons dans la longueur de l'urètre, ou bornées seulement au méat urinaire, ils ne s'en aperçoivent que par les taches qu'ils laissent sur le linge.

Ils pissent aussi avec facilité; aucun obstacle ne paraît s'opposer à la libre sortie de l'urine.

Mais l'accomplissement de cette fonction, *sans gêne apparente*, est la cause principale de la longue erreur où restent le malade et le médecin.

Tel est le premier degré de cette maladie. Enfin, d'une manière lente, progressive, le malade ressent quelques élancements dans le méat urinaire. Ces sensations, vagues d'abord, sont de plus en plus nettes, et elles se reproduisent à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Combien de fois des hommes du monde, étant en soirée, assis à une table de jeu, par exemple, ne portent pas subitement la main à la verge pour presser le gland afin de faire cesser ces *inquiétudes!*

Ces démangeaisons, ces élancements vagues font place bientôt à une chaleur qui parcourt la portion courbe de l'urètre, et alors il se déclare un besoin d'uriner si impérieux, que le malade ne peut le dominer; il laisse échapper quelques gouttes d'urine dans ses vêtements, et il recouvre ainsi une tranquillité momentanée.

Chez certains malades ce calme dure une ou deux heures, enfin un temps indéterminé.

Déjà, à ce degré, la maladie a non-seulement altéré les fonctions urinaires, mais elle a retenti dans l'appareil génital, dont les organes sont amoindris.

Les érections sont moins fréquentes, elles sont aussi moins franches. Le gland augmente de volume, mais son extrémité reste molle, en un mot, cette érection incomplète ressemble à l'érection flasque des nègres. L'urètre acquiert une sensibilité exagérée, particulière, et d'un caractère tel que ces sujets sont dans l'impossibilité d'accomplir con-

venablement l'acte du coït. Au moindre contact de la femme l'éjaculation a lieu, et souvent avec douleur.

Dans cet état, les malades ont des préoccupations qui ressemblent à une monomanie ; ils n'avouent leur commencement d'impuissance qu'avec embarras, ils sont honteux d'eux-mêmes, ils entrent à ce sujet dans des détails qu'il faut avoir entendus pour y croire. Ils sont poursuivis par une idée fixe, toujours la même. Pendant le jour, occupés des affaires les plus sérieuses, ils s'échappent pour aller comprimer le gland et voir la quantité de liquide sécrété ; le matin, en se réveillant, c'est encore leur première pensée. Des hommes d'un esprit élevé ont sur ce sujet les idées les plus excentriques; ces inquiétudes si vives, et de tous les instants, sont presque un délire partiel.

A ce degré, la maladie est assez grave pour exiger toute l'attention du médecin, et c'est aussi à ce moment que les malades viennent demander des soins.

Je ne dois pas m'occuper ici de la troisième période de cette affection, parce qu'elle est commune aux désordres consécutifs aux rétrécissements, et que nous aurons occasion d'en parler longuement en étudiant ces derniers.

J'ai seulement voulu démontrer que le premier degré de cette maladie doit être pris en sérieuse considération, tandis que, par son innocuité apparente, on l'a presque toujours abandonnée à elle-même.

Afin de ne laisser aucun doute sur le but de ce travail, je pose d'abord mes conclusions :

La goutte militaire est le résultat d'une diminution du calibre de l'urètre ; diminution produite par un rétrécissement *commençant* par une valvule ou bride, ou par une *contracture* des faisceaux musculaires qui enveloppent la portion courbe de ce canal.

Lorsque l'on formule de cette manière son opinion à un malade, voici invariablement les réponses que l'on reçoit :

— Il ne peut pas y avoir de rétrécissement, car j'urine facilement ; d'ailleurs mon médecin a passé une grosse sonde dans le canal, et il n'a rien rencontré.

D'autres disent : — J'urine beaucoup et sans douleur. — Et lorsqu'on les presse pour savoir la mesure approximative de ce *beaucoup*, l'on voit que c'est *souvent* qu'ils éprouvent le besoin d'uriner, c'est-à-dire qu'ils ne vident jamais complétement la vessie.

Evidemment si l'on acceptait comme vraies les paroles du malade, et comme exacte et précise l'exploration du médecin, il faudrait ou abandonner tout traitement, ou recommencer la série des innombrables et inutiles médicaments qui ont été préconisés contre cette maladie.

Il faut donc, avant toutes choses, faire une exploration de l'urètre plus attentive, plus précise que celle que l'on est dans l'habitude de faire, et il faut employer des explorateurs plus sensibles que ne le sont, par exemple, la première sonde ou la première bougie qui vous tombe sous la main.

Parmi les causes de cette maladie, il en est une qui a peu fixé l'attention des chirurgiens. C'est la déviation du canal de l'urètre. Cette déviation est le résultat de la rétraction inégale des tissus ou de la contracture des muscles qui embrassent la portion courbe de ce canal. Lorsqu'une inflammation existe, depuis un temps non déterminé, dans des tissus environnés par des muscles, elle se communique à ces muscles, qui bientôt se raccourcissent, et ne se distendent plus tant que dure cette inflammation ; c'est la contracture. Si l'inflammation persiste plus longtemps, le muscle est modifié dans sa texture ; il prend un autre aspect, ses fonctions sont altérées : c'est la rétraction. Cette rétraction se fait d'autant plus rapidement que les tissus sont plus vasculaires ; et nul n'est plus propre à subir cette transformation rapide que le tissu érectile de l'urètre.

Dans les maladies de cet organe, l'inflammation n'est pas également distribuée dans tous ses points, et surtout elle ne les a pas envahis tous dans le même temps. Il résulte de cette différence de durée et de cette différence d'énergie une rétraction plus forte sur un point que sur un autre, et une contracture plus active dans un muscle que dans un autre. Cette différence d'action détermine des courbures accidentelles du canal, et par suite sa déviation.

Il est, au reste, facile de donner la preuve de ce fait. Lorsque, par une exploration attentive, l'on n'a découvert dans le canal aucune trace de rétrécissement, aucune trace de valvule, et que néanmoins l'écoulement persiste ; si l'on place une bougie molle, en cire, de six à sept millimètres de diamètre, pendant une demi-heure environ, l'on voit, en la retirant, indépendamment des courbures naturelles, une déviation plus ou moins considérable de la portion courbe du canal. Cette déviation commence toujours à l'union de la portion spongieuse et de la portion membraneuse. Je l'ai vue quelquefois dévier d'un centimètre, elle forme ainsi une courbe latérale, ayant un centimètre de flèche.

Il est évident que cette modification du canal le place à peu près dans les mêmes conditions que lorsqu'il y a une valvule, c'est-à-dire que la force de projection de l'urine étant inégalement répartie, il y a toujours un ou deux points de la courbure qui sont plus énergiquement frappés que les autres, et, par suite de la fréquente répétition de cette cause, l'inflammation tend sans cesse à s'augmenter.

Avant que d'explorer le canal, il faut faire pisser le malade. On peut déjà acquérir la connaissance du siége du mal par la forme du jet de l'urine : lorsqu'il est en spirale, tortillé en tire-bouchon, ou bifurqué, le mal est situé dans la portion courbe de l'urètre ; lorsque, au contraire, le jet est large, aplati, épais sur les bords, très-mince dans le centre ; lorsqu'il est, comme le disent les malades, en lame de couteau, le mal est dans la portion droite, dans la portion spongieuse.

Exploration. L'urètre a généralement de sept à huit millimètres de diamètre. Cette mesure n'est ni absolue, ni la même dans toute la longueur du canal ; mais un chirurgien qui a l'habitude de le tâter, qui en a le *doigté*, distingue aisément le rétrécissement naturel du rétrécissement accidentel.

Si un urètre de sept millimètres de diamètre a subi seulement en un seul point une diminution d'un ou de deux sixièmes de millimètre, il reste évidemment une ouverture assez considérable pour laisser passer l'urine avec une telle facilité, que le malade ne s'aperçoit pas de cette légère modification. Mais ce très-petit obstacle est sans cesse fatigué par l'impulsion de l'urine ; la partie postérieure devient sensible, la muqueuse est irritée, et, cette cause se reproduisant plusieurs fois chaque jour, elle détermine bientôt l'inflammation de la portion de l'urètre qui est derrière l'obstacle, et enfin elle produit cette sécrétion purulente qui vient s'accumuler au méat urinaire.

Le chirurgien doit donc chercher à bien constater l'existence de ce faible obstacle et à en bien déterminer le siége.

La pratique généralement suivie pour explorer le canal consiste à pousser jusque dans la vessie une sonde flexible, cylindrique, et d'un calibre déterminé par l'*ouverture de l'urètre.*

Il est impossible, à l'aide de ce moyen, de se rendre un compte exact des altérations que le canal a subies, surtout lorsqu'elles sont légères, et c'est ce qui a lieu dans cette circonstance.

Il y a un grand nombre de sujets dont l'ouverture de l'urètre ne peut admettre qu'une bougie de quatre ou cinq millimètres ; et cependant le canal peut en contenir une de six ou sept. Il est évident qu'une bougie de cinq millimètres arrive sans obstacle à la vessie, et qu'elle passe, sans la rencontrer, sur une valvule ou sur un rétrécissement qui a diminué seulement d'un demi-millimètre le calibre du canal. C'est cependant ce qui a lieu si souvent, et alors, après cette exploration sans valeur, on déclare que l'urètre est libre, et l'on continue à faire des injections de toute espèce, et à prescrire tous les médicaments spécifiques.

Si le méat urinaire est large, et s'il admet une bougie d'un calibre de

de six ou sept millimètres, on n'est pas plus heureux en se servant de la bougie cylindrique, lorsque l'obstacle est une valvule formée par la membrane muqueuse. La sonde introduite vers la vessie affaisse, écrase la valvule, et l'on ne perçoit aucune sensation qui indique la présence d'un obstacle. Cette valvule, qui se laisse affaisser par un corps introduit vers la vessie, se relève, au contraire, devant un corps venant de la vessie, et c'est ainsi qu'elle fait obstacle à la libre sortie de l'urine.

Je ne trouve pas l'explication de cette différence, je ne la cherche pas; peu importe la théorie, je constate le fait, afin d'en tirer pour la pratique un usage utile.

Il faut donc, pour faire une exploration de l'urètre, se placer dans des conditions telles, que le calibre de ce canal soit rempli, dans toute son étendue, par l'instrument explorateur; et enfin il faut que cet instrument, agissant comme le fait l'urine, donne, en revenant de la vessie, la sensation d'un obstacle quelque léger qu'il soit.

C'est la bougie flexible, à boule, qui est l'instrument le mieux approprié pour exécuter cette manœuvre.

Je ne le décrirai pas, le supposant connu.

L'écoulement dont nous nous occupons peut être produit par un rétrécissement déjà avancé ou par un obstacle très-faible. Dans ce doute, il faut commencer par une bougie à boule de quatre ou cinq millimètres de diamètre. On l'introduit dans l'urètre, et on la fait marcher lentement, très-lentement, jusque dans la vessie; ensuite on la ramène avec le même soin, en donnant une grande attention aux sensations qu'elle transmet. Si elle sort librement, on a déjà la certitude qu'il n'y a pas de rétrécissement. Pendant le trajet que la boule a parcouru, le malade a accusé deux ou trois fois de la douleur : on a attribué la cause de ce mal à cette différence de sensibilité; on a prétendu qu'elle était le résultat d'une inflammation chronique de la muqueuse, et que cette inflammation, augmentant la sensibilité du canal, pouvait faire reconnaître le siége du mal.

C'est une erreur qu'il est facile de vérifier. Si l'on introduit une bougie dans un urètre sain, on provoque toujours, sinon de la douleur, au moins une sensation désagréable, en pénétrant dans la portion courbe, et au moment d'entrer dans la vessie. Cette sensation est quelquefois si *énervante*, que, si l'on sonde le malade debout, il n'est pas rare de voir survenir un commencement de syncope.

On ne peut donc, de ce seul signe, tirer des inductions quant à la localisation du mal.

Si le méat urinaire est assez ouvert, il faut introduire une boule de

sept millimètres, et la faire marcher lentement ; ordinairement une boule de ce volume est arrêtée à l'union de la portion spongieuse et de la portion membraneuse de l'urètre ; ce temps d'arrêt est de peu de durée lorsque ce point du canal n'est pas malade ; il suffit d'une très-légère pression pour le franchir ; il n'en est pas de même lorsqu'un rétrécissement, même faible, siége à cette partie. Il faut alors attendre, en pressant graduellement, pour pouvoir le dépasser. Cette pression est sans danger, puisque la tige de la bougie est très-flexible, et qu'elle ne peut ainsi transmettre à la boule une force capable de contusionner la membrane muqueuse.

Lorsque l'on a franchi cet obstacle, on pousse la bougie jusque dans la vessie, et l'on attend quatre à cinq minutes avant de la retirer, afin de laisser aux tissus le temps de reprendre leur position normale, qu'ils ont momentanément perdue par le passage de la boule. Alors on ramène avec lenteur la boule vers le méat urinaire, et, par ce mouvement de retour, on soulève successivement tous les obstacles qui sont dans le canal, et l'on est toujours arrêté par chacun d'eux. Il faut s'assurer plusieurs fois de la réalité de l'obstacle que l'on rencontre, en repoussant de quelques lignes en arrière la boule qui vient de passer, et en la ramenant ensuite. Cette petite manœuvre doit être répétée plusieurs fois, et pour chaque obstacle.

Non-seulement, en agissant de la sorte, on reconnaît les rétrécissements très-faibles, mais on découvre aussi les petites valvules que l'on a méconnues avec la sonde cylindrique, qui les aplatissait en passant sur elles.

Il est facile de déterminer à quelle profondeur du canal siége chaque obstacle, puisque l'instrument explorateur porte une échelle graduée.

J'ai dit qu'une exploration insuffisante laisse ignorer des obstacles qui existent réellement.

C'est surtout lorsque le méat urinaire, trop étroit, ne permet pas l'introduction d'une boule assez volumineuse pour sentir exactement tous les points de l'urètre.

Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à agrandir l'ouverture du canal. On sait combien cette petite opération est de peu d'importance, combien elle est facile à faire, et de quelle rapidité est son exécution.

J'en dirai néanmoins deux mots.

On a imaginé, pour fendre le méat urinaire, divers instruments plus ou moins ingénieux, plus ou moins compliqués, et tout à fait inutiles. J'emploie la manœuvre suivante, qui m'a toujours réussi :

Il faut un bistouri recourbé, à lame étroite ; on place sur la pointe de l'instrument une petite boule en cire de deux millimètres, et l'on

introduit l'instrument ainsi émoussé jusque dans la fosse naviculaire. On pique ce point du canal par un coup sec, qui traverse l'épaisseur des tissus, et le malade, qui sent cette piqûre, se retire brusquement, et il achève ainsi lui-même l'opération; car, par ce mouvement brusque de recul, la paroi inférieure de l'urètre est presque toujours divisée.

Assez ordinairement cette petite plaie donne du sang pendant une ou deux heures; mais c'est sans aucun inconvénient. Une compresse d'eau froide suffit pour éteindre la légère cuisson résultant de cette blessure.

Il est une précaution nécessaire à prendre pour éviter de la douleur au malade. Il faut le faire pisser, en plaçant la verge dans un vase d'eau tiède. Faute d'avoir pris ce soin, des malades ont eu d'assez vives douleurs par le passage de l'urine sur la plaie. Vingt-quatre heures après, les lèvres de la plaie ont une tendance extrême à se rapprocher, à se souder; il faut alors, pour ne pas perdre le bénéfice de l'opération, placer entre les lèvres de la plaie un peu de cérat saturné, et il faut faire ce pansement pendant trois ou quatre jours, époque à laquelle la plaie est cicatrisée. Il est important de ne pas perdre de vue qu'en se cicatrisant les tissus subissent un retrait, et que l'ouverture que l'on a faite perd près d'un tiers de l'étendue qu'on lui a donnée primitivement.

Rien ne met plus obstacle alors à l'introduction des bougies à boule d'un diamètre convenable, et l'on procède à l'exploration du canal, comme il a été dit plus haut. Ch. Phillips.

COUP D'OEIL SUR LE TRAITEMENT DES BLESSURES PAR ARMES A FEU.

Quoique les plaies par armes à feu soient du domaine de la chirurgie militaire, il nous importe de mettre en relief quelques-uns des enseignements que les nombreux blessés réunis dans les hôpitaux ont fournis aux chirurgiens éminents placés à la tête de ces services. A supposer que de nouvelles querelles intestines (*dii avertant!*) ne viennent point nous imposer l'obligation de donner des soins à de malheureux concitoyens tombés sous des balles françaises, les crimes contre les personnes, les tentatives de suicide, etc., et même les accidents de la chasse, ne fournissent-ils pas chaque année aux praticiens des occasions assez fréquentes d'appliquer de tels préceptes?

Les blessures reçues dans les combats sont de deux sortes: les plaies par armes à feu et celles par armes blanches; ces dernières rentrent dans la grande classe des plaies par instrument piquant, tranchant,

contondant, et diffèrent peu de celles que l'on rencontre dans la pratique habituelle. Quant aux autres, elles doivent constituer une classe à part, et présentent des particularités spéciales dont il faut tenir compte dans la direction du traitement.

La question la plus importante, celle qui domine la thérapeutique des plaies par armes à feu, est sans contredit la question des amputations. Vaut-il mieux amputer sur-le-champ les membres qui donnent peu d'espérance de pouvoir être conservés? ou bien, est-il préférable d'attendre et d'opérer seulement quand l'amputation est devenue nécessaire pour conserver la vie du blessé? Cette question des amputations immédiates et des amputations secondaires a été le sujet d'importantes discussions au sein de l'ancienne Académie de chirurgie, et Faure et Boucher ont fourni de savants Mémoires à l'appui de chacune de ces deux propositions.

Tous les grands noms dont s'honore la chirurgie militaire ont été pour l'amputation immédiate : le précepte qu'ils en ont donné se base sur l'observation que les amputations réussissent presque toujours lorsqu'elles sont pratiquées sur des sujets bien portants, immédiatement après les blessures. Cette manière d'agir, imposée par les circonstances dans lesquelles ces chirurgiens se trouvent placés sur les champs de bataille, ne sont plus exactement les mêmes lorsque les blessés peuvent être transportés immédiatement dans des hôpitaux, laissés dans le repos absolu, pendant tout le temps nécessaire à la guérison de leurs plaies et à la consolidation de leurs fractures. Sans cesse sous les yeux du chirurgien, celui-ci peut parer aux complications inhérentes à l'intensité de la mutilation, et entourer ses blessés des soins incessants que leur position réclame. Aussi nous rappelons-nous qu'en 1830 quelques-uns des blessés placés dans les services de Dupuytren, Lisfranc et Velpeau, ont fini par guérir en conservant leur membre, bien que les fractures fussent du genre de celles pour lesquelles l'amputation immédiate était formellement indiquée. Si ces faits permettent de restreindre l'application du précepte posé d'une manière trop générale par les chirurgiens militaires, toute l'importance de l'amputation immédiate n'en reste pas moins pour les cas où son application ne peut être mise en doute. Ainsi, dans les cas assez nombreux de blessures avec fractures comminutives considérables du fémur, la moitié des blessés de février a succombé pendant la réaction inflammatoire; puis une autre moitié, épuisés par la suppuration des plaies, ne présentaient plus après cette période des chances à beaucoup près aussi nombreuses de guérison. Mais laissons de côté pour le moment cette grande question sur laquelle nous reviendrons, pour nous occuper exclusivement des plaies simples.

Un premier fait qui depuis longtemps a frappé les observateurs est la différence que présentent les ouvertures que les balles produisent à leur entrée et à leur sortie. Celle qui a été signalée d'abord est que l'ouverture d'entrée était plus étroite que celle de sortie; sa forme ronde et nette semble avoir été faite à l'emporte-pièce, et son diamètre est à peine celui de la balle qui l'a produite. La seconde est plus large, évasée et quelquefois éraillée, de sorte que tout le trajet représente un cône tronqué dont la base est à la sortie et le sommet au point d'entrée de la balle. Cette disposition signalée par les chirurgiens militaires est vraie, mais elle n'existe qu'autant que le coup a été tiré à une certaine distance. S'il a été tiré de très-près le contraire a lieu; l'ouverture d'entrée est large, évasée, infundibuliforme, et celle de la sortie est plus étroite et moins irrégulière. C'est que dans ce dernier cas l'action de la colonne gazeuse sortant de l'arme se joint à l'action du projectile.

Ces caractères, on le conçoit, ne sont pas sans importance pour la médecine légale; ils permettent non-seulement de préjuger le point d'où le coup est parti, mais encore s'il a été tiré de près ou de loin.

A l'état simple, les plaies par armes à feu se présentent le plus souvent sous la forme d'une perforation, avec ou sans ouverture de sortie. Le trajet parcouru est à peine de la dimension du petit doigt, sa largeur est moindre que le diamètre de la balle, tapissé qu'il est d'une couche de tissus ordinairement sphacélés qui forment une escarre.

Un préjugé très-répandu dans le monde, et auquel les praticiens ne restent peut-être pas complétement étrangers, fait croire que les plaies par armes à feu ne saignent pas immédiatement; mais si des faits réels et fréquents confirment cette opinion, combien d'autres aussi ne prouvent-ils pas le danger des hémorrhagies primitives à la suite de ces blessures! Il importe donc de surveiller les blessés et d'avoir sous la main des moyens hémostatiques variés pour suppléer à l'insuffisance des uns par l'efficacité des autres.

Nous devons noter, avec les anciens chirurgiens, que dans les blessures il y a plusieurs périodes : une première de *stupeur*, résultat de l'ébranlement soudain du système nerveux déterminé par la blessure reçue pendant un moment d'excitation générale portée souvent à un très-haut degré. Cette période dure habituellement de vingt-quatre à trente-six heures. Lorsque la plaie est très-superficielle, l'économie entière ne présente pas ce phénomène; mais on observe toujours un caractère que M. Jobert a signalé, c'est l'abaissement de la température aux environs de la solution de continuité. La seconde, ou période de

réaction inflammatoire, survient du deuxième au troisième jour. Autrefois on croyait que les plaies par armes à feu étaient compliquées de brûlure déterminée par le calorique concentré dans le projectile. La grande analogie que ces sortes de plaies ont avec les brûlures est vraie, et l'observation que les anciens en avaient faite est juste ; l'explication seule en est inexacte. La balle mortifie la couche de tissu avec laquelle elle se trouve en contact, non par le calorique dont elle est chargée, mais par la violence du choc et le broiement qu'elle lui fait éprouver. Le trajet des balles est, en effet, tapissé par une couche de tissus sphacélés, escarrifiés, qui deviennent, par conséquent, un corps étranger autour duquel doit se développer une inflammation violente, analogue à la période d'élimination des brûlures. Aussi M. Velpeau admet-il plusieurs phases dans la réaction inflammatoire qui a pour but cette élimination de la couche mortifiée : d'abord un gonflement inflammatoire pendant un ou deux jours ; puis la formation d'un putrilage et d'un liquide ichoreux mal lié ; enfin une troisième période de suppuration. Cette sorte de putréfaction des liquides épanchés dans le trajet des plaies par armes à feu devient souvent la cause du développement d'accidents putrides, et les malades succombent, présentant tous les symptômes d'infection purulente. Aussi était-ce encore une opinion généralement admise aux quinzième et seizième siècles, que les blessures par armes à feu étaient vénéneuses. L'opinion des anciens sur le venin comme sur la brûlure dans les plaies par armes à feu, ainsi que le fait observer M. Velpeau, considérée sous le point de vue de l'observation, est vraie, et l'interprétation qu'ils avaient donnée des faits était seule erronée.

Le petit nombre des blessés et la sage précaution que l'on a eue de les disséminer le plus qu'il a été possible dans les divers services de chirurgie des hôpitaux est une des causes les plus puissantes, à notre avis, du petit nombre de cas de pourriture d'hôpital qu'il nous a été permis de constater. Une autre fâcheuse complication des blessures, qui a été rare aussi, est la gangrène ; mais elle s'explique par le genre des mutilations produites la plupart par des balles.

Voici le mouvement général des blessés reçus dans les hôpitaux civils de Paris du 23 février au 23 mars au soir :

Hôtel-Dieu.................	174	39 morts
— — (Annexe)..........	11	2
Charité....................	140	20
Beaujon...................	87	16
Saint-Louis................	97	12
Pitié......................	20	2

Saint-Antoine..............	49	7 morts
Necker....................	8	1
Incurables (hommes)..........	2	0
Maison de santé	11	0
Cochin.....................	5	0
Bon-Secours................	23	0
Total.....	639	100 morts.

Sur les 639 blessés qui n'ont point succombé, 317 sont sortis guéris, et 222 restaient en traitement le 23 mars au soir.

Dans la plupart des hôpitaux les plaies simples ont été pansées avec un linge fenêtré, enduit de cérat, que l'on recouvrait ensuite de gâteaux de charpie. Le débridement, fort employé autrefois comme très-avantageux, est aujourd'hui un des points les plus controversés du traitement des plaies par armes à feu, et nous devons le constater tout d'abord, dans la plupart des services de chirurgie que nous avons visités, nous avons vu très-peu de trajets de balles incisés, si ce n'est dans celui de M. le professeur Roux. Nous pouvons même ajouter que les plaies non débridées n'en ont pas moins guéri tout aussi bien, si ce n'est même plus rapidement.

Lorsque les plaies affectaient les extrémités supérieures ou inférieures, et étaient compliquées de fractures, elles ont été soumises avec un avantage marqué à l'action sédative des irrigations continues; nous en avons vu de nombreux exemples dans les salles de M. le professeur Blandin et de M. Robert. Quelques-unes de ces blessures étaient assez graves pour sembler réclamer l'amputation immédiate.

A l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, M. Baudens s'est borné, dans la plupart des cas, pour prévenir la réaction inflammatoire, à prescrire une ou plusieurs saignées, puis à faire panser les plaies avec de la charpie, en recouvrant le tout de glace en permanence. Nous ne saurions trop recommander ces applications de glace pour combattre le traumatisme; depuis longtemps l'habile chirurgien du Val-de-Grâce a démontré par de nombreux succès les avantages de cette méthode; mais nous aimons aussi à puiser nos preuves à l'appui des moyens que nous recommandons, dans les faits fournis par la pratique des autres chefs de services. M. Robert, à l'hôpital Beaujon, a traité toutes les fractures de cuisse qui se trouvent placées dans son service par des applications de vessies remplies de glace pilée, maintenues constamment sur les ouvertures des balles et autour des points de solution de continuité du fémur. Les irrigations appliquées aux parties supérieures des membres ont été proscrites avec juste raison de la pratique, à cause des inconvénients

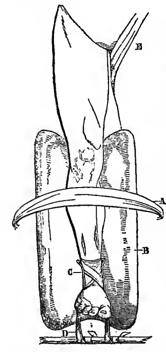
graves de refroidir le blessé ; mais ce n'est pas la seule cause qui les ait fait rejeter par un grand nombre des chirurgiens qui les adoptent lorsque les blessures siégent aux extrémités des membres. Dans ces derniers cas, ces chirurgiens les admettent, non-seulement à cause de la facilité de leur application, mais encore parce que ces parties, l'avant-bras et la main, la jambe et le pied, étant peu volumineuses, le froid les pénètre et les maintient facilement à une basse température ; tandis qu'appliquée à la cuisse, l'action du froid n'est point assez intense, disent-ils, pour mettre une masse charnue aussi volumineuse à l'abri de la réaction inflammatoire. Les résultats on ne peut plus favorables dont nous avons été témoins dans le service de M. Robert ne nous permettent point d'adopter ces craintes, lorsque le froid est appliqué en topique. Les malades sont au quinzième jour de leur accident ; les muscles de la cuisse sont souples, la peau est fraîche, le pouls sans fréquence, et leur appétit n'est point satisfait avec la demi-ration.

M. Jobert, dont l'autorité dans les plaies d'armes à feu n'est pas moins grande, nous montre une pratique très-simple. Ce chirurgien fait recouvrir les plaies de cataplasmes froids, que l'on renouvelle fréquemment ; puis, aussitôt que la réaction inflammatoire se manifeste, ils sont remplacés par des cataplasmes tièdes arrosés de quelques gouttes de laudanum. Voici la doctrine de M. Jobert à l'égard des débridements : « lorsque la blessure porte sur des parties profondes, ainsi, quand la balle a traversé toutes les parties molles de la cuisse, alors seulement je débride ; encore m'en abstiens-je lorsque ces blessures sont compliquées d'épanchements de sang. Il faut, dans ces cas, tout faire pour empêcher, au lieu de favoriser l'écoulement du liquide ; en déterminant la stase, on amène les conditions les plus favorables à la formation d'un caillot obturateur. »

Cependant M. Jobert a fait une très-heureuse application du débridement dans quelques cas de fractures comminutives, avec contusion et menace de gangrène ; le débridement a déterminé l'affaissement des tissus, la résolution de l'engorgement, et prévenu une complication sérieuse, la gangrène imminente. Dans ces cas aussi, les fomentations excitantes ont été combinées avec le débridement.

Une complication très-sérieuse et que l'on a signalée comme assez fréquente dans les plaies par armes à feu, le tétanos, n'est pas survenue chez la plupart des malades que nous avons eus à observer. Ce résultat, nous le rapportons aux moyens généraux employés avec vigueur dès l'entrée des malades : les saignées répétées, toutes les fois que les symptômes inflammatoires étaient prononcés ; une diète sévère les premiers jours ;

puis les applications de glace maintenues sur les blessures ; ou, chez d'autres, l'administration de l'extrait gommeux d'opium. M. Jobert l'administre souvent sous forme de pilules d'un centigramme chaque ; les malades en prenaient quatre, six, huit par jour, de manière, tout en calmant la douleur, à abattre à la fois la fluxion sanguine et l'excitation nerveuse.



Dans les graves circonstances où il se trouvait placé, M. Jobert n'a rien modifié à sa manière de faire. Les membres fracturés comminutivement ont été placés sur des coussins disposés en gouttières B, et l'immobilité assurée seulement à l'aide d'une extension et d'une contre-extension douces ; l'une, à l'aide de bandes C, D, attachées ou cousues à un bandage en 8 de chiffre placé sur l'articulation tibio-tarsienne ; l'autre, à l'aide d'un drap ployé en alèze, passé dans le pli de l'aine du membre opposé E, et fixé à la tête du lit. Nous n'insisterons pas sur cette méthode de la contention simple, dont nous avons exposé les avantages dans notre dernière livraison ; nous profitons seulement de cette occasion de la rappeler, pour faire connaître son mode facile d'application. On le conçoit, à l'aide de cet appareil, qui permet à la lésion de rester à découvert, on peut suivre le mal dans ses progrès et prévenir plus facilement les accidents, en dirigeant incessamment les progrès des plaies lorsqu'elles compliquent les fractures.

Bon nombre des considérations que nous avons présentées s'appliquent également aux blessures faites par le plomb de chasse et les chevrotines. Si le coup est tiré de très-près, ou à bout portant, comme on dit, les plombs rassemblés font balle, mais la lésion qu'ils produisent est plus grave que celle produite par une balle ; il en résulte une plaie évasée, déchirée ; les projectiles s'éparpillent en différents sens dans les chairs, pénètrent profondément, lèsent un grand nombre de tissus, et l'on ne peut aller à leur recherche. Lorsque le coup est parti d'une distance plus

grande, les plombs n'atteignent que séparément, mais ils peuvent encore cependant blesser un nerf considérable, léser un gros vaisseau, et pénétrer dans une cavité viscérale. Quant au traitement, il est le même : extraire les grains de plomb que l'on peut rencontrer, à l'aide de la pointe d'un bistouri ; revenir à plusieurs fois à ces extractions, afin de ne pas compliquer les lésions ; car la réaction, dans ces cas, est souvent plus violente que dans les blessures produites par une balle, et les moyens antiphlogistiques, les saignées générales et locales, doivent être souvent employés avec plus d'énergie. Le reste du traitement est le même que celui que nous avons indiqué, bien que la gravité de la blessure soit plus grande. Quoique nous reconnaissions avec M. Velpeau que les plaies produites par le plomb et les chevrotines nécessitent moins communément l'amputation immédiate, la réaction inflammatoire de ces sortes de blessures est souvent plus sérieuse et plus redoutable ; et l'on a vu des cas dans lesquels les gros plombs et les chevrotines, par exemple, ont produit des plaies aussi graves pour chaque grain que celles produites par des balles de calibre.

CHIMIE ET PHARMACIE.

UN MOT SUR QUELQUES FALSIFICATIONS.

Est-il plus utile de signaler les falsifications qui se pratiquent dans le commerce que de les taire ?

Selon quelques personnes, signaler une fraude, c'est donner l'idée de la mettre en pratique ou d'en inventer de nouvelles ; selon d'autres, et nous sommes de cet avis, c'est éveiller l'attention de l'autorité sur de dangereuses industries, en même temps que fournir au public le moyen de reconnaître s'il a été trompé ; et, quoi qu'on en puisse dire, un abus démasqué finit tôt ou tard par disparaître.

Plus d'une fois déjà, nous nous sommes efforcés de dévoiler les coupables manœuvres par lesquelles on arrive à vendre une chose pour une autre ; il serait temps qu'une loi sévère vînt flétrir d'un stigmate infamant ces individus pour qui rien n'est sacré : métaux, étoffes, parfums, boissons, substances alimentaires et médicamenteuses, tout est soumis aux mêmes règles de sophistication ; car, pour le fraudeur, peu importe ce qu'il vend, pourvu que sous une dénomination ou sous une autre ce qu'il vend lui rapporte de l'argent.

Ce qui nous étonne, c'est de voir la police, si sévère pour l'alignement des enseignes, des auvents, des réverbères et le balayage, être si tolérante pour ces marchands ambulants, qui, à chaque coin de rues

et de carrefours, étalent et débitent en plein jour et avec sécurité les produits de leurs délits impunis.

Qui souffre de ce trafic? Les classes pauvres, qui ne peuvent acheter dans nos somptueux magasins, et sur lesquels, en définitive, retombe tout le poids des abus comme celui des charges publiques.

Parmi ces industries anonymes, une des plus effrontées est celle qui se pratique à la porte de quelques détaillants, où, sous prétexte de faillite, des myriades de femmes, sorties on ne sait d'où, assiégent les passants avec des paquets de chocolat censés provenir d'un fonds en liquidation, mais qui évidemment sont le produit de quelques spéculations largement organisées, car ces mêmes chocolats se retrouvent du jour au lendemain sur vingt points différents de la capitale.

Nous avons examiné ces prétendus chocolats formés de substances tout à fait incompatibles avec nos organes digestifs, parmi lesquelles nous avons remarqué de la sciure de bois, ou la partie corticale du cacao; d'autres chocolats, moins insalubres, étaient mélangés avec moitié de leur poids de fécule, d'amidon, de riz torréfié et de graisse de veau. Est-ce là de l'hygiène publique?

Les parfums ne sont pas exempts non plus de mélange: sous la fausse apparence du bon marché, on débite des matières inertes ou nuisibles, au grand détriment du provincial et du flâneur. Nous avons eu de l'eau de Cologne, qui n'était que de l'eau ordinaire aromatisée par quelques gouttes d'alcoolat de ce nom; de l'élixir dentifrice, qui n'était qu'une infusion aqueuse de coquelicot aromatisée à la menthe, fortement acidulée avec l'acide sulfurique; de l'huile antique formée d'un mélange d'huile d'œillette aromatisée d'essence de thym, et colorée avec de l'acétate de cuivre; de la pommade pour les cheveux, composée de saindoux, de fécule et de curcuma: il n'est pas jusqu'au vétiver, cette plante innocente, qui n'ait sa doublure dans une plante aussi innocente qu'elle, le chiendent.

Quant aux substances alimentaires, nous avons eu l'occasion de rencontrer du poivre réduit en poudre mélangé avec moitié de son volume de tourteau de colza; de la pâte de jujubes contenant, au lieu de gomme, de la gélatine animale; de la gelée de groseilles qui ne renfermait pas un atome de ce fruit; ce n'était qu'un peu de pectine colorée avec le suc de la betterave rouge, aromatisée avec le sirop de framboise et solidifiée avec de la gélatine. Il y a quelques mois, nous avons été chargé d'analyser un gâteau appelé, par les pâtissiers, pièce montée; ce gâteau avait été décoré avec un mélange d'arséniate de cuivre et de blancs d'œufs; trois personnes qui en avaient mangé furent gravement malades. Ne peut-on aussi attribuer au chlorure d'antimoine, que

nous avons constaté dans plusieurs échantillons de liqueurs d'absinthe, les accidents qui se déclarent chez les personnes qui font usage de cette boisson?

Ce qui doit nous causer le plus de surprise, c'est qu'il existe des hommes occupant une position honorable dans la société, qui emploient leur science à bien sophistiquer un médicament, et qui ne craignent pas de le livrer comme bon à un confrère sans défiance; ainsi on nous a fait voir de la thrydace fabriquée avec de l'extrait de genièvre et de la fécule; de l'extrait de monésia fait avec les extraits de réglisse et de ratanhia; de l'extrait de salsepareille qui contenait de l'extrait de saponaire. Espérons que ces abus cesseront, et que l'hygiène publique sera enfin prémunie contre tous ces guet-apens de la fraude.

STANISLAS MARTIN, pharmacien.

LIQUEUR D'AMMONIAQUE BENZOÏQUE.

Parmi un assez grand nombre de formules inédites que M. Vanden Corput a recueillies pendant ses études médicales en Prusse, et qu'il a communiquées à M. Bouchardat, il en est une sur laquelle nous voulons tout d'abord arrêter l'attention de nos lecteurs. Son mode de préparation est très-simple : on prend une quantité quelconque de solution d'ammoniaque caustique concentrée, que l'on sature à chaud par de l'acide benzoïque pur, puis on filtre la liqueur.

Cette préparation se recommande aux thérapeutistes et doit rendre d'utiles services dans le traitement des catarrhes, bronchites et de l'asthme chez les vieillards. Elle nous semblerait encore applicable avantageusement contre la gravelle.

Le produit est un véritable *benzoate d'ammoniaque liquide*, c'est-à-dire un composé dans lequel l'acide benzoïque est saturé par l'ammoniaque. M. Vanden Corput n'indique pas la dose à employer ; en procédant par analogie, sa posologie nous paraît devoir être la même que celle de l'acétate et du succinate d'ammoniaque liquide.

Nous reviendrons sur les autres formules dans notre prochaine livraison.

EMPLATRE AGGLUTINATIF DE BAVIÈRE.

L'on sait combien il est précieux, dans tous les cas qui réclament la compression, de pouvoir l'exercer à l'aide de bandes de sparadrap. Malheureusement on est forcé d'y renoncer le plus souvent, à cause de l'irritation de la peau, qui, le plus souvent, suit l'emploi de ce moyen. Nous croyons répondre à un besoin en publiant une nouvelle formule, généralement suivie dans toute la province de Liége, et dont les pra-

ticiens de ce pays font un très-fréquent usage sous le nom d'emplâtre de Bavière.

Pr. Minium.	4,500	grammes.
Huile d'olives.	5,500	—
Cire jaune.	0,500	—
Colophane.	0,700	—
Térébenthine.	1,400	—

On place l'huile dans une bassine en cuivre beaucoup plus grande et plus haute que la masse des composants ne semblerait l'exiger; on la met sur un feu bien allumé, et à l'aide d'un tamis en crin on y fait pleuvoir le minium en poudre, remuant continuellement avec une large spatule en fer, jusqu'à ce que la matière monte légèrement en répandant une odeur acétique et empyreumatique. Alors on enlève la bassine du feu, on la porte à l'air et on continue à remuer : la masse se boursoufle considérablement, bouillonne tout à coup, et, de rouge qu'elle était, elle passe rapidement au brun, en dégageant une vapeur épaisse et de nombreuses bulles de gaz qui viennent crever à sa surface. Bientôt cette effervescence s'apaise, et la masse reprend son volume primitif. En ce moment la combinaison est complète ; ce dont on peut s'assurer en retirant du fond de la bassine la spatule chargée de matière ; on n'y aperçoit plus un seul point de minium : c'est alors qu'il faut ajouter les autres ingrédients, en ayant soin de n'y verser la térébenthine qu'à la fin. On remue jusqu'à refroidissement, dans le but d'obtenir un produit parfaitement homogène.

Pour retirer l'emplâtre de la bassine, on place celle-ci sur un feu très-doux ; l'emplâtre se détache, et au moyen de la spatule qui est restée, on l'enlève, on le met sur une pierre mouillée où il est arrosé avec de l'eau froide pendant quelques instants. La masse est ensuite coupée en morceaux et renfermée dans une caisse.

Quand on veut s'en servir, on en fait fondre à une douce chaleur et on l'étend sur une toile de lin ou de coton, au moyen du sparadrapier ou d'un large couteau. Lorsque le sparadrap est refroidi, on le dispose convenablement pour être roulé sur lui-même et conservé pour l'usage.

Ce sparadrap est très-adhésif, se conserve longtemps, est très-flexible, ne se fendille pas, et peut être manié avec autant de facilité que le taffetas gommé. Il adhère à l'instant sur la peau et parfaitement, et peut être détaché peu de temps après sans difficulté et sans que la couche emplastique s'en sépare. Il ne produit jamais ni érysipèle ni efflorescence sur la peau, qu'il a la propriété d'entretenir dans un état favorable de douceur et de souplesse.

Nous ferons une simple remarque sur le composé emplastique ci-dessus dont l'expérimentation pratique est encore à faire en France. Sa base est un oléomargarate de plomb comme dans l'emplâtre de diachylum ; mais obtenu sans l'intermède de l'eau. Or, on sait aujourd'hui que lorsque ce dernier emplâtre a manqué d'eau sur la fin de sa préparation, il donne un sparadrap beaucoup plus souple que dans le cas contraire. Cela explique jusqu'à un certain point la flexibilité qui caractérise, dit-on, le sparadrap préparé avec l'emplâtre de Bavière.

D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NÉVRALGIE SCIATIQUE DATANT DE QUINZE ANS ET REBELLE A UNE FOULE DE MOYENS ; GUÉRISON PRESQUE INSTANTANÉE PAR L'APPLICATION DU CAUTÈRE ACTUEL SUR LE DOS DU PIED.

Il n'est pas de maladies qui résistent plus opiniâtrément aux agents thérapeutiques que les affections nerveuses en général, et certaines névralgies sciatiques en particulier. Nous avons vu plusieurs fois ces dernières faire, en quelque sorte, le désespoir des hommes de l'art, qui ne pouvaient parvenir à en obtenir la guérison. Tel avait été le cas que nous a récemment présenté un malade que nous avons eu à traiter d'une sciatique très-ancienne et des plus rebelles, et dont une application du cautère actuel sur le dos du pied a produit la disparition presque instantanée. Ce fait nous a paru trop remarquable pour ne pas l'ajouter à ceux que vous avez fait connaître.

Obs. Le sieur Arnaud, plâtrier, âgé de trente ans, commença, à l'âge de quinze ans, à souffrir d'une névralgie sciatique. Cette première fois la névralgie fut très-intense, et, pendant huit mois, fut traitée par divers moyens. Elle finit cependant par s'amender, et cet homme, sans être guéri complétement, put se remettre au travail. Il a ainsi passé quatorze ans, éprouvant toujours des ressentiments de sa sciatique qui l'obligeaient même de temps à autre à suspendre son travail, savoir, quand les douleurs étaient plus violentes. Mais, vers le milieu du mois de juin dernier, cette névralgie prit une intensité depuis longtemps inusitée, et force fut à cet homme de laisser tout travail et de réclamer les secours de l'art. Pendant trois mois et demi il fut soigné par son médecin qui s'adressa inutilement à beaucoup de moyens ; après quoi il entra, le 3 octobre dernier, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, où j'eus à lui donner mes soins. Il était désespéré de se voir toujours souffrant, et c'était bien vraiment d'une sciatique qu'il était atteint, laquelle, étendue depuis l'origine du

nerf sciatique, entre l'ischium et le trochanter, se propageait de là au creux poplité, et venait s'étendre insensiblement jusqu'aux dernières ramifications nerveuses du pied. La violence du mal privait cet homme du repos et il ne marchait que très-péniblement.

Je prescrivis tour à tour une abondante application de sangsues, des frictions belladonées, des lavements de térébenthine, deux vésicatoires larges sur le trajet du nerf, au haut de la cuisse et à la partie externe et supérieure du mollet, lesquels furent toujours pansés avec le sulfate de morphine ; enfin, en désespoir de cause, deux moxas qui furent appliqués le 16 novemb., derrière le grand trochanter. Les moxas seuls amendèrent un peu les douleurs vers le haut de la cuisse, mais nullement à la jambe et au pied, et chaque matin le malade me réitérait ses plaintes et son désespoir. C'est dans ces entrefaites que j'eus connaissance de la note à la Société de médecine par M. Alph. Robert, sur le traitement de la névralgie sciatique par l'application du cautère actuel sur le dos du pied. Plein de confiance en la probité scientifique de cet excellent confrère, je me proposai de suite d'employer chez mon malade cette méthode renouvelée des Arabes.

En conséquence, le 6 décembre, j'appliquai sur la face dorsale du pied gauche, et vis-à-vis l'intervalle des quatrième et cinquième orteils, une cautérisation avec le fer rouge, dans l'étendue de deux travers de doigt en longueur et d'un demi-travers de doigt en largeur, opération à laquelle le malade se soumit de bon cœur, tant il était désireux de guérir. La cautérisation fut de moitié moins étendue que celle qu'avait, dans un cas semblable, pratiquée M. Robert, ce qui n'empêcha pas la guérison.

En effet, dès le lendemain, le malade annonça un soulagement très-marqué, lequel fut complet dans deux ou trois jours. A dater de ce moment, il n'eut plus de ressentiment de sa sciatique, et il ne pouvait concevoir lui-même un bien-être aussi promptement obtenu. Les élèves et nous n'étions pas moins étonnés d'un résultat aussi remarquable. Enfin, cet homme, après s'être bien assuré que, quoiqu'il marchât jusqu'à la fatigue, il n'éprouvait plus aucun ressentiment de cette névralgie, dont il croyait naguère ne pouvoir jamais se débarrasser entièrement, quitta nos salles le 22 décembre dernier, au dix-septième jour de la cautérisation.

La plaie du pied était presque cicatrisée. Tout annonçait que la guérison serait définitive.

Ce fait, associé à ceux qu'a observés récemment M. Robert dans sa pratique, et à quelques autres qu'il rappelle comme ayant été relatés par Klein, nous porte à croire que la cautérisation du dos du pied, pour

la guérison de la sciatique rebelle, est appelée à rendre de bien grands services aux malheureux que tourmente cette pénible infirmité. Voilà, en effet, un sujet qui, pendant quinze ans, n'avait pu se débarrasser de la sienne, et qui en a été guéri par la cautérisation sus-indiquée. On serait porté à se demander comment le traitement qui a donné un aussi prodigieux succès avait pu, après avoir été usité parmi les Arabes, comme l'attestait Franciscus Corbus en 1778, après avoir été préconisé plus tard par Petrini de Pesaro, et enfin par Klein en 1824, tomber dans un tel oubli qu'aucun auteur contemporain peut-être n'a daigné le mentionner.

Serait-ce parce que cette cautérisation porte vers la terminaison du nerf, qu'elle est aussi efficace ?

Payan, D. M.,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Aix.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANÉVRYSME. *Nouvelle méthode d'oblitération des vaisseaux artériels et veineux.* Considérant, d'une part, la proportion effrayante des morts par suite d'opérations d'anévrysmes par la ligature, et, d'autre part, les succès exceptionnels de la galvano-puncture, M. le docteur Secondi a imaginé la méthode d'oblitération suivante, qui lui a paru plus facile et moins dangereuse.

Cette méthode consiste à oblitérer mécaniquement le vaisseau au moyen d'un cylindre d'éponge préparée par compression, de la longueur d'un demi-pouce environ, d'un diamètre inférieur d'une ligne à celui du calibre du vaisseau lui-même. Ce morceau d'éponge, réduit au moindre volume possible, doit être enduit de cérat aux deux extrémités, afin qu'il ne se gonfle pas trop rapidement pendant le temps de son introduction, mais seulement lorsqu'il est bien placé dans la cavité du vaisseau qu'on se propose d'oblitérer. Pour l'introduire, on met à nu l'artère ou la veine comme on le fait pour la ligature, mais sans qu'il soit besoin de l'isoler, et, la découvrant dans une petite étendue, on pénètre dans sa cavité à l'aide d'un petit trocart garni d'une canule très-mince. Celle-ci est elle-même montée sur un petit manche qui, après que l'instrument a été introduit dans le vaisseau, est confié à un aide. Il faut prendre la précaution de diriger la pointe du trocart aussi horizontalement qu'il est possible, afin de ne pas léser la paroi opposée du vaisseau; ce que l'on obtient en attirant vers l'extérieur avec l'instrument la paroi du vaisseau qui a été perforée. Le trocart retiré, on passe rapidement à travers la canule le morceau d'éponge porté par une pince qui sert à l'enfoncer aussi profondément que possible, dans la direction du cœur, s'il s'agit d'une artère, et dans le sens opposé s'il s'agit d'une veine. On enlève alors adroitement la canule, en retenant avec la pince l'éponge par sa petite extrémité, qui n'est pas encore engagée dans le vaisseau. Il faut, enfin, introduire complétement le cylindre, et en placer la partie moyenne à peu près au niveau de la plaie.

La température et l'humidité du sang, dont on permet la circulation en cessant la compression, produisent en peu d'instants le gonflement de la partie centrale de l'éponge, qui, imprégnée de ce liquide, devient homogène avec la paroi du vaisseau.

Il est nécessaire de ne préparer l'éponge qu'au moment de l'opération, de la choisir d'un tissu fin, de n'employer que les morceaux taillés sur les bords du zoophyte. Le trocart doit être proportionné à la gros-

seur du vaisseau que l'on veut oblitérer. Le bain froid, donné immédiatement et continué pendant quelque temps, favorise la consolidation du caillot et modère la phlogose qui se développe ultérieurement.

L'auteur croit ce procédé préférable aux autres, parce qu'il est, dit-il, d'une exécution facile (ce qui paraîtra douteux à plus d'un lecteur), qu'il ne laisse aucun danger d'hémorrhagie, qu'il produit un caillot plus durable, et enfin qu'il expose moins que toute espèce de ligature à la phlogose consécutive ou à la mortification du vaisseau.

L'essai de ce procédé n'a été fait jusqu'à présent que sur des animaux vivants et sur des cadavres; il est donc permis de surseoir à toute appréciation définitive de sa valeur, jusqu'à ce que l'expérience pratique en ait démontré les bons effets sur l'homme vivant et malade. (*Revue médicale*, janv. 1848.)

BRULURES (*Fomentations contre les*). M. Thorel, pharmacien à Avallon, propose le mélange suivant contre les brûlures au premier et au second degré, alors qu'il n'existe pas d'escarre.

Acide chlorhydrique (esprit de sel), 50 grammes.

Sulfate de soude en poudre (sel de Glauber), 65 grammes.

On fait tenir, autant que possible, les parties brûlées dans ce liquide, ou bien on applique des compresses souvent réitérées, lorsque la disposition des parties ne permet point leur immersion. Ces applications préviennent toujours la réaction inflammatoire et la formation des phlyctènes, lorsque son emploi a été fait en temps convenable. (*Abeille médicale*, février, 1848.)

CARIE PROFONDE (*Traitement efficace de la*) *par les injections de nitrate acide d'argent*. L'inefficacité des modificateurs internes, même les plus énergiques, montre la haute importance du traitement local dans les cas de carie. Lorsque l'altération est superficielle, et qu'elle est dégagée de toute inflammation locale, on a recours depuis longtemps avec avantage aux acides minéraux plus ou moins concentrés, qu'on applique comme caustiques à l'aide de bourdonnets de charpie. «Ce qui m'a réussi le mieux, surtout dans les caries avec vermoulures, c'est, dit J.-L. Petit, la dissolution du mercure par l'eau-forte... Une seule application ne suffit pas : on est obligé de la répéter jusqu'à ce que le médicament ait pénétré jusqu'à la partie saine... » M. le docteur Chicoyne vient, par cinq observations, de montrer qu'on peut, à l'aide des injections caustiques, aller combattre, avec le même avantage, les caries profondément situées; seulement, c'est au nitrate acide d'argent que notre confrère a donné la préférence.

Le premier fait est celui d'une jeune fille de dix-sept ans, scrofuleuse, qui, après avoir subi un traitement général, fut guérie, par des injections de nitrate d'argent, d'une carie de la partie moyenne du corps du fémur. Le second est également une carie du fémur, existant depuis trois ans chez une femme de cinquante ans, et ayant son siége à la partie du grand trochanter; dans ces deux cas, il fallait faire parcourir au liquide un trajet fistuleux, long et étroit, pour le faire arriver jusqu'au siége du mal; aussi a-t-on été obligé de suspendre de temps en temps les injections pour calmer l'inflammation produite par ces injections que l'on reprenait aussitôt que le gonflement avait cessé. Dans les trois autres cas, la carie affectait également les os des membres; mais ceux-ci, tibia, radius, carpe, étant moins profondément situés, le traitement donna lieu à moins d'irritation et de gonflement des parties environnantes. Voici la formule des injections employées par M. Chicoyne.

Nitrate d'argent fondu.	3	grammes.
Acide nitrique........	2	—
Eau distillée........	150	—

Faire chaque soir, avec une petite seringue en verre, une injection dans la partie malade, de manière à ce que le liquide soit mis en contact avec la partie cariée de l'os. Lorsque, soit que la maladie soit trop ancienne, soit que les malades aient subi des traitements locaux très-actifs, cette injection ne réussit pas, il faut alors augmenter d'un tiers, de moitié, et même plus la dose du nitrate d'argent et de l'acide nitrique. Le praticien ne doit point se décourager du peu de succès des premières injections, ni s'effrayer de l'irritation et de l'abondance de la suppuration, qui sont les suites de l'emploi du remède. En persistant

dans l'emploi du moyen, on arrive à la guérison. (*Gazette des Hôpitaux*, février 1848.)

CHEVEUX (*Influence de la coupe des*) *sur la santé*. La coupe des cheveux peut-elle influer sur la santé? Voilà ce qui est souvent demandé aux médecins, et ce sur quoi beaucoup d'entre eux hésitent à répondre, soit par inexpérience, soit faute d'y avoir réfléchi. Cette question n'est pourtant pas indifférente; M. le docteur Frédéricq, après se l'être souvent posée à lui-même, a dû au hasard de pouvoir recueillir quelques éléments utiles à sa solution. Nous croyons qu'il ne sera pas sans quelque utilité de les reproduire.

Une jeune fille de trois ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, avait depuis quelques mois les cheveux excessivement longs; cette enfant dépérissait depuis quelque temps; elle perdit peu à peu la gaieté et tomba dans une sorte d'apathie; son teint devint jaune-cire, la muqueuse pâle, les chairs flasques. Il fut impossible de trouver une lésion organique quelconque; l'auscultation fit découvrir un bruit de souffle dans les carotides. Pensant avoir affaire à une affection chlorotique, M. Frédéricq prescrivit les ferrugineux, mais il n'en résulta aucune amélioration. L'une des personnes de la famille émit l'idée de couper les cheveux de cette enfant, dont l'épaisseur et la longueur excessives pouvaient bien, suivant elle, être la cause de ce dépérissement. Le médecin ayant accueilli cet avis, les cheveux furent coupés, et dès ce jour la santé de l'enfant se rétablit.

Une conséquence physiologique toute naturelle découle de ce fait, c'est que l'économie fait évidemment pour la nutrition et l'entretien des cheveux, une perte proportionnée à leur longueur; cette déperdition, consistant principalement en matière colorante, doit nécessairement se faire aux dépens de l'hématosine du sang; c'était précisément ce qui avait lieu chez cette enfant. De là ce précepte pratique applicable à la chute des cheveux chez les convalescents de longues et graves maladies, savoir : la nécessité de maintenir toujours les cheveux courts, autant dans le but de prévenir leur chute spontanée, que d'obvier au danger d'une dépense d'hématosine qui ne serait pas en rapport avec sa richesse. — L'auteur pense encore, et cette idée ne paraîtra pas dénuée de quelque fondement, qu'on pourrait peut être arrêter la chute des cheveux par l'administration du fer. (*Annales de la Soc. d'émulation de la Flandre*, février 1848.)

CHLOROFORME; *son emploi dans les maladies des vieillards*, *comme narcotique*. L'analogie entre les effets anesthésiques du chloroforme et ceux de l'éther devait naturellement conduire à essayer le premier de ces agents, soit comme sédatif, soit même comme narcotique. Nous avons déjà eu l'occasion d'enregistrer quelques tentatives de ce genre. En voici quelques-unes nouvelles, et ce ne seront probablement pas les dernières. M. le docteur Victor Uytterhœven, médecin de l'hospice des Vieillards à Bruxelles, a pensé que le chloroforme pourrait être utile pour combattre l'insomnie qui afflige un grand nombre des hôtes de cet établissement, et qui complique la plupart de leurs maladies. Cette substance administrée à la dose de quatre à quinze gouttes, mélangées à un mucilage de 4 à 6 onces, suivant les indications, lui a paru jouir d'une propriété narcotique manifeste. Exempte des inconvénients reprochés aux opiacés, elle a provoqué, dit-il, le sommeil le plus doux sans laisser de traces de congestion cérébrale; dans quelques cas elle a diminué la fréquence du pouls, et ralenti les mouvements du cœur; dans aucun cas elle n'a fatigué l'estomac, ni occasionné la constipation. Les malades dont l'insomnie a été si avantageusement combattue au moyen du chloroforme, étaient atteints de diverses affections parmi lesquelles figurent, comme les plus fréquentes, les maladies des voies respiratoires (bronchites aiguës et chroniques, broncho-pneumonies, etc.) Dans ces différents cas, le sommeil a été plus ou moins profond et d'une durée variable. L'effet a été plus marqué en faisant prendre dix gouttes, par exemple, dans un mucilage de salep, par cuillerées de deux en deux heures, qu'en administrant la même dose en deux fois, vers le soir, dans l'intervalle d'une heure.

Après deux ou trois jours d'usage, l'action du médicament paraissait s'affaiblir; mais, en augmentant la

dose précédemment prescrite, le résultat redevenait complet.

Les malades, *chloroformisés* pendant une grande partie de la nuit, se réveillaient vers le matin, ayant la tête libre, sans abattement, lassitude ou faiblesse musculaire. Ils n'accusaient ni tintements d'oreille, ni trouble de la vision. L'appareil de la circulation n'a été que médiocrement influencé. Deux malades ont eu la langue plus sèche et de la soif. Les sécrétions bronchiques ont été favorisées chez les uns, supprimées ou diminuées chez les autres; mais les quintes de toux ont toujours été avantageusement combattues. Dans aucun cas, et quel que fût le régime des malades, le chloroforme n'a troublé la digestion. Il n'a déterminé ni vomissements, ni nausées. Les évacuations alvines, loin d'être entravées, ont paru se faire plus régulièrement.

Ces résultats sont, comme on le voit, assez satisfaisants pour engager à répéter les essais de M. V. Uytterhæven. (*Archives de la méd. belge*, janvier 1848.)

CORNÉE (*Taches de la*), *cause de réforme*. S'il fallait s'en rapporter strictement aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent les conseils de révision, toute tache ayant son siége sur la cornée devrait être considérée comme une cause suffisante d'incapacité et de réforme. Cependant, comme il est manifeste que certaines de ces lésions sont parfaitement compatibles avec l'intégrité de la fonction visuelle, M. le docteur F. Hairion, médecin de bataillon à Louvain, s'est proposé, dans un travail spécial, d'examiner la gravité des taches de la cornée, sous le double point de vue de l'obstacle qu'elles peuvent apporter à la vision, et de la prédisposition aux affections oculaires, et en particulier à l'ophthalmie de l'armée. L'auteur établissant une distinction essentielle entre *les taches simples*, c'est-à-dire celles qui, formées ordinairement par d'anciennes cicatrices, ne sont compliquées d'aucune lésion ou disposition morbide locale ou générale, et *les taches compliquées*, a été conduit par ses recherches à formuler les propositions suivantes qui résument son Mémoire :

1° Les taches de la cornée non compliquées ne constituent un cas d'exemption que tout autant qu'elles forment un obstacle suffisant et réel à l'exercice de la vue.

2° Les taches compliquées d'une ou de plusieurs des affections ou dispositions morbides suivantes, savoir : le tempérament lymphatique prononcé, la diathèse scrofuleuse, une constitution faible ou débilitée, l'existence d'une blépharite légère, d'une grande irritabilité oculaire, de granulations ou d'engorgement chronique des conjonctives, etc., entraînent toujours avec elles l'inaptitude au service; l'auteur ayant observé que, quand l'ophthalmie de l'armée se développe au milieu de ces circonstances, elle prend toujours un caractère fâcheux, par son opiniâtreté, sa longue durée et les progrès rapides des taches dont la cornée se trouve couverte.

3° Les taches simples de la cornée, ainsi que d'autres affections oculaires, telles que la cataracte, l'iritis, la choroïdite, le glaucôme, la kératite, la blépharodénite, etc., loin de constituer une cause prédisposante de l'ophthalmie granuleuse de l'armée, semblent être, au contraire, un obstacle au travail intime qui préside à son développement. (*Archives de médecine militaire*, février 1848.)

ENCRE *pour marquer le linge.— Nouvelle formule*. L'usage d'une encre indélébile pour marquer le linge se répand de plus en plus. La préparation la plus généralement usitée, et que nous avons indiquée, se compose : 1° d'un soluté de nitrate d'argent dont on se sert pour tracer les caractères; 2° d'un soluté de carbonate de soude que l'on étend sur la partie du linge que l'on veut marquer. Pour éviter l'emploi de deux liquides, M. W. Redwood propose la préparation suivante:

Nitrate d'argent.	31 grammes.
Carbonate de soude. .	50 —
Acide tartrique......	11 —
Ammoniaque liquide.	q. s.
Orseille.	15 —
Sucre blanc........	16 —
Gomme arab. pulvér.	50 —
Eau distillée..	q. s.

On dissout séparément le nitrate et le carbonate dans l'eau distillée; on mêle les deux solutés, on recueille le précipité sur un filtre et on le lave. On triture ce précipité encore humide avec l'acide tartrique jusqu'à cessation d'effervescence; on ajoute l'ammoniaque en quantité suffisante pour dissoudre le tartrate

d'argent formé, puis l'orseille, le sucre, la gomme; enfin de l'eau distillée de manière à obtenir un tout du poids de 200 grammes.

M. Soubeiran a rappelé à la Société de pharmacie, à propos de cette formule, qu'il en avait publié une beaucoup plus simple que voici :

Nitrate d'argent......	8 grammes.	
— de cuivre...	3	—
Carbonate de soude..	4	—
Ammoniaque liquide.	100	—

Faites dissoudre et conservez dans un flacon bien bouché. (*Journ. de chim. et de pharm.*, février 1848.)

ÉLATÉRIUM. *La décoction de la racine de cette plante doit être préférée à l'extrait dans le traitement des hydropisies.* L'élatérium paraît avoir rendu des services signalés à Bright, dans le traitement des affections des reins. Si les essais tentés en France ne sont point venus sanctionner les faits émis par les médecins anglais, cela tient à la mauvaise formule donnée par le *Codex* de la préparation des extraits de cette plante. M. Lavagna vient rappeler l'attention des praticiens sur ce purgatif hydragogue. Ses expériences lui ont prouvé que la décoction de la racine d'élatérium est plus active et plus puissante que l'extrait. Voici la formule qu'il propose :

Racine sèche d'élatérium	16 grammes.
Eau.	1,500 grammes.

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. On en prescrit ordinairement un verre de tisane chaque jour, en trois fois.

Voici les conclusions de M. Lavagna :

1° La décoction de racine d'élatérium, loin d'augmenter l'irritation de l'organisme ou l'intensité de l'inflammation, en modère notablement la force.

2° Cette décoction jouit de propriétés diurétiques notables, susceptibles d'être utilisées dans beaucoup d'autres cas d'hydropisie; ainsi dans l'ascite consécutive ou compagne de l'hépatite, dans l'hydrothorax inflammatoire, dans les rhumatismes joints à l'œdème; bref dans tous les cas d'hydropisie dans lesquels les épanchements séreux coïncident avec une inflammation subaiguë de quelque organe.

3° La décoction de la racine d'élatérium possède des propriétés plus actives, plus puissantes et plus promptes que les autres parties de la plante, sans en excepter l'extrait. (*Compte-rendu de l'Académie de médecine*, février, 1848.)

GERÇURES DU MAMELON (*Cérat pour prévenir les*). Les gerçures du mamelon constituent un accident tellement pénible pour les nourrices, qu'on ne saurait trop multiplier les moyens d'y remédier. On a proposé beaucoup de moyens pour les guérir : les prévenir est un plus grand service encore. On saura donc gré à M. José Léon d'avoir indiqué un moyen qui paraît atteindre ce but. Voici le procédé prophylactique qu'il a imaginé. Il conseille à toutes les femmes enceintes qui ont quelque raison de craindre la gerçure du sein, d'user, pendant le mois qui précède l'accouchement, une fois par jour, du liniment suivant, après s'être d'abord lavé le mamelon avec de l'eau tiède :

PR.	Tannate de plomb...	4 grammes.
	Cérat simple.......	30 grammes.
	Huile essentielle de roses...........	2 gouttes.

Il faut immédiatement ensuite couvrir le sein avec une compresse de linge doux. Dans le cas où la malade serait très-excitable, on pourrait supprimer l'essence de roses. Le chirurgien devra aussi éviter tout ce qui serait dans le cas d'impressionner plus ou moins vivement la susceptibilité de la femme en état de gestation.

IVRESSE IODIQUE (*Cas remarquable d'*). Le fait suivant présente un exemple remarquable d'ivresse iodique irrémédiable et terminée d'une manière fatale, à la suite d'un traitement prolongé par l'iode.

Le neveu Neyeus, gendarme, âgé de cinquante-cinq ans, entra à l'hôpital de Louvain pour s'y faire traiter d'une dartre pustuleuse, située au front (*acne indurata*), qui le mettait dans l'impossibilité de supporter le poids de sa coiffure. Il en sortit après un séjour de cinq mois, durant lesquels il fut soumis au traitement soutenu par l'iodure potassique, qui lui procura la guérison de son infirmité. Pendant les derniers temps de son séjour à l'hôpital, il éprouva dans les pieds une sensation pénible de chaleur. Le jour même de sa sortie, cette chaleur devint douloureuse et des plus incommodes ; il s'y joignit un tremblement des membres, et le malade éprouva tous les sen-

timents de l'ivresse. Voici les accidents divers qu'il ressentit; incertitude et balancement dans les mouvements, vacillation des membres inférieurs, espèce d'ivresse, vertiges, yeux hagards, hébétés; vue très-affaiblie et ne s'étendant pas au loin; les objets lui paraissaient souvent doubles et soumis à un mouvement de rotation. Tous ces phénomènes persistèrent pendant plusieurs semaines. Bientôt il s'en présenta un nouveau; les muscles des deux côtés de la face se paralysèrent. Il eut, en outre, dans le dos, la tête et les membres, des sensations vagues qu'il ne peut définir.

Rentré un mois après à l'infirmerie d'Arlon, il reste guéri de sa dartre, mais il continue à éprouver au même degré les mêmes phénomènes, marche titubante, vertiges, vue faible, physionomie ivre; la parole est saccadée, bruyante, et les yeux sont légèrement déviés en dehors. Le pouls est regulier, un peu plus fréquent que dans l'état de santé, il n'est ni plein, ni dur; la face ne présente pas cette pâleur des sujets atteints d'un tremblement mercuriel, ni cette injection de ceux en proie au délire nerveux des ivrognes; la pupille n'est ni dilatée ni contracte; la langue est nette, l'appétit est bon, quoique le malade ne mange pas beaucoup, les organes abdominaux et thoraciques fonctionnent régulièrement; le sommeil est bon.

Une saignée de dix onces fut pratiquée. Les urines ayant été examinées, on y constate la présence de l'iode à l'état salin. Le traitement devait dès lors avoir pour objet de chercher à éliminer l'iodure dont les organes étaient imprégnés. On eut en conséquence recours successivement et alternativement aux sudorifiques, aux diurétiques et aux purgatifs, associés aux calmants du système nerveux.

Après un mois d'emploi de ce traitement, les reactions ne démontrant plus la présence de l'iode, on eut recours à divers antispasmodiques administrés à petites doses, aux toniques, aux bains froids et à un régime fortifiant. Ce traitement, qui eut d'abord quelque efficacité, finit par ne plus avoir le moindre effet. Un mois plus tard, on essaya la strychnine à la dose de 1/16 de grain d'abord, 1/8 ensuite, et pendant trois ou quatre jours 1/5e. Cette médication, complétement inoffensive dans le principe, amena au bout de quinze jours, quelques élancements et secousses dans les membres. Après trois semaines d'usage, ce médicament n'ayant amené aucun résultat avantageux, on y renonça et le malade fut livré à l'expectation. Le malade dont l'état allait toujours en empirant, ne tarda pas à tomber dans un état d'hypocondrie voisin de la démence. L'auteur de l'observation apprit, quelque temps après, que ce malheureux était devenu tout à fait fou.

Plusieurs enseignements importants ressortent de cette observation; elle apprend en effet :

1° Que l'économie ne se débarrasse pas toujours de l'iode, aussi rapidement qu'on se l'imagine, puisque l'urine peut en contenir encore après en avoir cessé l'usage depuis six semaines;

2° Que les effets de l'iode peuvent persister longtemps, peut-être même indéfiniment;

3° Que ces effets, généralement considérés comme peu graves, peuvent acquérir, dans quelques cas, un haut degré de gravité. (*Arch. de méd. mil.*, février 1848.)

MÉLANGE FRIGORIFIQUE. Aux formules nombreuses déjà connues on devra désormais ajouter la suivante, que propose M. Jourdan, pharmacien à Sainte-Marie-du-Mont.

Acide chlorhydrique du commerce, 1 partie.

Sulfate de zinc, réduit en poudre, 1 partie.

Ces deux composés, mélangés dans un vase convenable, ont produit un froid assez intense pour qu'un thermomètre marquant + 10° (température de l'air ambiant) au moment de l'immersion, se soit abaissé à — 7°. (*Journ. de chimie médic.*, février 1848.)

PÉRICARDITE AIGUE (*Des signes diagnostiques de la*) *au début.* A quels signes peut-on reconnaître la péricardite aiguë à son début? S'il faut en croire quelques médecins, et notamment M. le professeur Bouilland, la péricardite aiguë se révélerait toujours par des signes physiques parfaitement déterminés. Cependant il s'en faut, en réalité, que les signes stethoscopiques aient la valeur absolue qu'on leur a attribuée; loin d'être constants dans tous les cas et dans les différents degrés de la ma-

ladie, il arrive souvent qu'ils manquent ou qu'ils ne se manifestent qu'à une période déjà avancée de la maladie, et alors souvent qu'il serait trop tard pour y apporter remède. Ayant eu plusieurs fois l'occasion de trouver ces signes en défaut, M. le docteur Rambaud s'est attaché à étudier d'une manière plus rigoureuse le diagnostic de cette affection. Voici l'ensemble des symptômes d'après lesquels on peut, suivant lui, diagnostiquer, en l'absence des signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion, une péricardite aiguë :

« Quelles que soient, dit-il, l'origine et la cause de la péricardite, rhumatisme ou refroidissement, elle s'annonce à peu près toujours par une douleur dont le siége, les caractères d'intensité surtout, varient à l'infini ; ainsi, pour le siége, on la trouve tantôt au niveau du sein gauche, tantôt à l'épigastre et vers l'appendice xyphoïde, tantôt derrière le sternum ou au niveau du rebord des côtes ; d'autres fois, enfin, elle occupe tous ces points à la fois, et tout le côté gauche de la poitrine. Presque toujours, elle se transmet au travers du thorax, et retentit vivement vers le grand angle de l'omoplate ; il semble aux malades qu'un fer aigu leur transperce la poitrine d'avant en arrière ; quelquefois sourde et peu vive, surtout quand il existe un rhumatisme articulaire aigu ou une pleurésie, elle acquiert, dans quelques cas, une intensité effrayante. Dans le même temps, les mouvements du cœur deviennent violents, tumultueux, irréguliers ; les claquements valvulaires, rendus plus sourds par la turgescence du cœur, peut-être aussi par un commencement d'exsudation plastique, semblent s'être éloignés de l'oreille. La respiration s'accélère, devient difficile, anxieuse ; elle s'exécute surtout par les mouvements d'ascension du thorax, et peu ou même pas du tout par les mouvements du diaphragme. Il existe une petite toux sèche, que le malade retient autant qu'il peut. Bientôt la fièvre s'allume, le pouls devient dur, fréquent, intermittent, etc.

Quant aux signes fournis par le stéthoscope, bruit de scie, de râpe, de cuir neuf, etc., l'auteur assure ne les avoir jamais observés, et il ne croit pas qu'on puisse les observer avant le cinquième, le sixième, et même le plus souvent le septième jour.

En résumé, d'après M. Rambaud, les signes fournis par la percussion et l'auscultation ne seraient que d'une utilité médiocre ou nulle pour le diagnostic de la péricardite aiguë, dans la première période ou d'invasion ; les signes physiologiques seuls pourraient, dans cette période, révéler l'existence de cette affection. — On comprend l'importance d'être fixé sur la valeur de semblables signes, quand il s'agit d'une affection qui demande à être traitée, dès son début, par les moyens les plus énergiques. (*Rev. méd.-chirurg.*, mars 1848.)

SANG. *Moyen de reconnaître le sang répandu sur les vêtements.* La fibrine du sang a la propriété de se fixer sur les tissus ligneux (vêtement de lin ou de chanvre). L'acide sulfurique jouit de la propriété de dissoudre ces tissus et de n'altérer en rien la fibrine, de telle sorte que si un tissu de ce genre est soupçonné d'être taché de sang, on n'a qu'à le plonger dans l'acide sulfurique concentré, qui dissoudra le tissu et laissera intacte la partie fibrineuse du sang. Le professeur Piria a observé que, dans ces cas, la fibrine forme une espèce de réseau sur lequel se distinguent les impressions produites par le tissu sur lequel le sang a été déposé. (*Journ. de chimie*, févr. 1848.)

SANGSUES (*Divers moyens faciles de faire prendre rapidement les*). M. le docteur Rennes, de Bergerac, se fondant sur ce que toute stimulation un peu forte a pour effet de déterminer rapidement les sangsues à prendre, a imaginé, pour atteindre sûrement ce but, de faire passer un instant les sangsues dans une eau vineuse, très-peu chargée et chauffée. Les premiers essais qu'il a faits de ce moyen lui ont parfaitement réussi ; toutes les sangsues se jettent immédiatement sur la peau qu'elles piquent aussitôt ; celles qui ont été récemment employées aussi bien que celles qui ne l'ont pas encore été, les plus paresseuses comme les plus vives.

Un procédé analogue est employé depuis quelques années à l'Hôtel-Dieu de Paris : il consiste à tremper le linge destiné à recevoir les sangsues dans du vin pur.

Il est encore un autre moyen bien

simple et vulgairement employé dans les familles, principalement dans les campagnes : on prend une pomme (on choisit de préférence les plus riches en acide malique, les pommes reinettes, par exemple), que l'on fend en deux ; l'une de ces moitiés est creusée en godet, de manière à recevoir les sangsues à appliquer. Excitées par l'action stimulante de cet acide, les sangsues ne tardent pas à prendre.

Nous indiquons volontiers ces menus détails de pratique que l'on ne saurait trop multiplier et vulgariser, car il n'est pas en médecine de petits moyens. Tout ce qui peut contribuer à faciliter l'exécution d'une prescription et d'une application thérapeutique quelconque a de l'importance pour les praticiens. (*Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1848.)

STOMATITE MERCURIELLE (*Bons effets de l'emploi d'une solution concentrée de nitrate d'argent dans un cas de*). Une malade, à laquelle M. Bouchacourt administrait le calomel uni à la ciguë, à très-petites doses, prit, par erreur d'un élève en pharmacie, quatre jours de suite, deux pilules contenant chacune 21 centigrammes de calomel. Une stomatite intense se manifesta. Un collutoire au borax, des gargarismes opiacés, des bains de pieds, des sinapismes, furent immédiatement prescrits, mais en vain ; les aphthes, les dépôts couenneux, la céphalalgie, etc., tous les symptômes augmentèrent d'intensité. L'idée vint alors à M. Bouchacourt d'appliquer à cette phlegmasie la méthode substitutive, et de la traiter comme les autres inflammations des muqueuses, par la solution du nitrate d'argent. Nous devons noter que la malade avait pris, la veille et le jour même de ce nouveau traitement, quatre pilules d'acétate de plomb, d'après la méthode de M. Brachet, et cela sans soulagement. Avec un pinceau on badigeonna les parties latérales de la langue et le reste de la bouche. Bien que notre confrère procédât avec timidité dans cet essai, puisque la solution contenait seulement 50 centigrammes pour trente grammes d'eau distillée, au bout de quelques minutes le soulagement n'en fut pas moins très-prononcé. La malade put dormir quatre heures, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plusieurs nuits. Aussi, le lendemain, M. Bouchacourt employa de nouveau la même médication, mais plus largement et à deux reprises. L'amélioration se prononça davantage, toute la muqueuse tendit à pâlir, et les aphthes disparurent ; on continua deux jours encore ces applications, et le troisième, l'inflammation était complétement avortée.

Dans un cas semblable, nous eûmes recours, avec le même succès, à l'emploi de la méthode substitutive ; mais nous n'hésitâmes point à faire usage d'une solution beaucoup plus énergique : 5 grammes de sel argentique pour 30 grammes d'eau distillée. Cette formule, nous l'avons montré par de nombreux exemples, réussit très-bien dans le traitement des ophthalmies purulentes, même chez les nouveau-nés. On ne doit donc pas craindre d'appliquer à la muqueuse de la bouche un moyen qu'on oppose avec avantage à la phlogose de la conjonctive. (*Journ. de méd. de Lyon*, janvier 1848.)

VARIÉTÉS.

APPEL AUX MÉDECINS.

Ce fut en 1828 qu'un ministre prévoyant et sage, M. de Martignac, eut l'idée d'améliorer la profession médicale, sans institutions solides, livrée à elle-même, avilie, écrasée par le charlatanisme. Vingt ans se sont écoulés depuis cette époque ; eh bien ! qu'a-t-on fait pour nous ? Le gouvernement que nous avons vu paraître et s'éclipser, les ministres qui se sont succédé en nombre prodigieux, ont-ils donné suite à cette velléité passagère du pouvoir ? en aucune manière. Des perfectionnements douteux, des améliorations incertaines, des promesses illusoires, un oubli complet, cachant sans doute un déni formel de justice, voilà ce que nous avons obtenu. Oui, grâce à cette indifférence calculée, ou à cette coupable insouciance, la médecine, comme profession, a été déshéritée du grand mouvement philosophique et social de 89. Il y a deux ans, la grande voix du Congrès médical se lit

entendre : que vit-on? un ministre y accourir, assembler de belles phrases, faire de la rhétorique, annoncer hardiment une ère nouvelle de prospérité médicale. Que résulta-t-il de tant d'emphase, de fracas et de bruit de paroles? Nous le savons, la triste loi que nous avons vu discuter l'année dernière à la Chambre des pairs. Or, vit-on jamais rien d'insuffisant, d'insignifiant, d'absurde comme cette loi, dans la grande majorité de ses articles? C'était bien la peine d'exiger tant de garantie, tant de travaux, tant de dépenses de ceux qui prétendent au diplôme de médecin, et finir par donner gain de cause aux charlatans, ouvrir le sanctuaire aux vendeurs du Temple, et livrer la profession aux mains ignorantes des matrones, des commères, et des sœurs grises. Nous posons en fait, sans crainte d'être démentis, que si une pareille loi eût été promulguée, c'en était fait de la médecine, de son avenir; il ne restait plus que le suaire à jeter sur cette profession cadavre! Nous n'exagérons rien; qu'on relise ce projet de loi absurde, si l'on en a le courage, et l'on verra que tout y est conçu, prévu, calculé pour l'abaissement continu de la médecine.

Maintenant, une nouvelle carrière vient de s'ouvrir; ce ne sont plus quelques hommes qui vont décider du sort de la nation, de ses institutions et de son avenir, c'est la nation elle-même; or, les médecins, par leur position, par leurs lumières, leur influence et, disons-le, par leurs devoirs, doivent participer à ce grand mouvement; eux aussi font partie du peuple qui pense, qui possède et qui produit; qu'ils se gardent donc de rester dans un dangereux et imprévoyant quiétisme.

Qu'ont-ils à faire? Deux choses importantes : agir comme citoyens, agir comme médecins. Ils doivent s'associer d'abord au sort de leurs concitoyens quel qu'il soit, à leurs craintes, à leurs espérances, à leurs vœux, à leurs griefs, à leurs succès, à leurs revers. N'ayant plus besoin de frapper à la porte du *Forum* électoral, puisque le cens est aboli, ils sont tous électeurs. Qu'ils s'efforcent donc ou de faire partie de l'Assemblée nationale, ou de nommer des représentants dignes de ce grand caractère. Les affaires du pays avant tout, les affaires de la profession ensuite. Aussi, quand le pacte fondamental sera établi, quand les bases en seront posées, que le gouvernement fonctionnera, appuyé sur la double base de la volonté nationale et de la confiance publique, la profession doit avoir son tour, et c'est aussi sur des institutions grandes, fortes, qu'elle doit reposer; leur stabilité n'est qu'à ces deux conditions.

Au fait, que demandons-nous? Rien que de fondé sur la raison, le bon sens, la légalité, les intérêts de l'humanité. Nous voulons :

Que les médecins *seuls* soient admis à faire la médecine;

Que la société trouve dès garanties suffisantes d'instruction chez les docteurs;

Que la médecine ait, dans notre état social, la place qui lui appartient.

Sont-ce donc là des exigences inadmissibles? nos vœux touchent-ils à l'impossible, au chimérique? Nous ne déclinons aucun des devoirs imposés à tous les citoyens, mais aussi nous prétendons jouir de tous les droits qui en sont les conséquences immédiates. Nous désirons surtout qu'une organisation bien conçue, et sur de larges bases, unisse le corps médical dans une grande association et avec une sorte de solidarité; que la confraternité médicale cesse d'être un mot dérisoire et vide de sens. L'association est le principe le plus fécond, le plus organisateur, car les hommes aiment à se sentir dans une communauté de but, d'émotion, d'intérêt, d'action, et à se rencontrer dans des réunions qui les leur rappellent. D'ailleurs, dans nos réclamations, il s'agit bien moins de notre profession, quelque graves que soient sa position et sa dignité, que des intérêts de l'humanité. Qu'on se persuade bien d'une chose, c'est que la médecine est le principe, la racine de la civilisation moderne. Pourquoi cela? C'est que par ses lumières, par ses conseils, par ses secours, elle pénètre jusque dans les couches inférieures de notre société à brillante surface; c'est qu'elle se trouve journellement en rapport avec les hommes placés à tous les échelons de l'ordre social, avantage immense, ressource précieuse. La médecine a d'ailleurs une force préexistante à toutes les institutions, parce qu'elle tire cette force de la constitution de l'homme, de son bien-être soit individuel, soit général. Or, qu'on nous dise une profession qui ait tant de titres à l'intérêt et à la reconnaissance des hommes. On parle maintenant de *médecine sociale*; de toutes parts dans la presse médicale

retentit ce mot auquel on n'attache encore que des *idées confuses*; mais le *Bulletin de Thérapeutique* a pris à cet égard une incontestable initiative. Dans son savant et curieux exposé, que nous ne craignons pas de rappeler encore, Notre collaborateur et ami, M. Reveillé-Parise a fait voir non-seulement les nombreux points de contact de notre profession avec la société, mais il a prouvé qu'il n'est aucune question importante que cette dernière puisse résoudre sans la médecine. C'est d'après ces vues sagement méditées, qu'il faut bien se pénétrer des circonstances actuelles, de l'état politique actuel de la France et de celui de notre profession. Nous adjurons donc nos honorables confrères de se rendre aux élections, dans l'intérêt du pays, et de s'y rendre avec des opinions de concorde et d'ordre; c'est là l'idée générale et fondamentale. L'ordre ne lasse jamais et rétablit tout. Quand l'Etat sera constitué, comme tous les intérêts doivent aussi être consultés et satisfaits, c'est alors qu'il conviendra d'agir pour notre corporation. Le moyen le plus sûr d'obtenir une bonne organisation est qu'elle soit le produit spontané de l'harmonie et de l'activité médicales; il faut donc s'associer le plus et le mieux possible. Se protéger par l'agrégation des intérêts et des existences de même nature, est la seule voie certaine d'arriver au succès. Chers et honorables confrères, du courage, de l'union; nous entrevoyons le but, marchons-y hardiment. Souvenons-nous toujours que l'état actuel de la profession est un danger pour l'humanité, un opprobre pour nous et un scandale social.

Ainsi que nous l'avions annoncé, le corps médical de Paris s'est réuni aujourd'hui, 26 mars, pour entendre la profession de foi de ceux de nos confrères qui se présentent aux élections générales du département de la Seine. Les candidatures qui ont été les mieux accueillies par l'assemblée sont celles de MM. Buchez, Recurt, Bouillaud et J. Guyot.

Un grand nombre de médecins se portent dans leurs départements; voici les principales candidatures : MM. Rostan, dans le Var; Velpeau, dans Indre-et-Loire; Sandras, dans les Ardennes; Rigal, dans le Tarn; Beclard, dans Maine-et-Loire; Espézel, dans la Gironde; Ch. Place, dans Seine-et-Oise.

Puisque nous tenons à montrer les apports que notre science est appelée à faire dans toutes les questions à l'ordre du jour, nous ne pouvons passer sous silence un discours que notre ami, M. le professeur Forget, a prononcé, le 26 décembre dernier, dans la séance publique de la Société des sciences, agriculture et arts du Bas-Rhin, sur les rapports de la médecine avec l'agriculture. L'immense événement qui vient de s'accomplir n'a point non plus vieilli ce travail, parce que M. Forget, comme M. Reveillé-Parise, s'est placé au point de vue scientifique et humanitaire. Nous sommes forcé de passer rapidement sur le début de ce discours, dans lequel l'auteur montre comment cette science de la nature, qui est inhérente au médecin, peut réagir, et réagit en effet sur l'exploitation de la terre; mais nous ne pouvons résister au désir de citer le passage suivant:

« Or, ces problèmes découlant de la science que possède le médecin sont plus multipliés que ne l'imagine l'agriculteur qui croit, en général, ne relever que de ses propres inspirations. Mais il est temps de fournir nos preuves, et pour cela nous prendrons le cultivateur au berceau, nous le suivrons dans ses développements physiques; enfin nous l'accompagnerons dans l'exercice de ses travaux, et nous le verrons en lutte avec cette nature qui, toute généreuse qu'elle est, use parfois de rigueur et de coquetterie, et veut qu'on lui ravisse ou qu'on lui paye ses faveurs.

« Un rejeton va naître, l'espoir et la richesse du laboureur. Des mains inhabiles, mais rétribuées selon leur mérite, cherchent à faciliter son entrée dans le monde; de sérieux obstacles s'opposent à cet acte solennel. C'est le médecin qui lèvera ces obstacles et méritera les bénédictions d'une famille en proie aux angoisses de l'inquiétude et de la douleur. C'est le médecin qui garantira cet enfant délicat, cette mère endolorie, des pratiques stupides et meurtrières, filles de l'ignorance et des préjugés populaires; à l'une il imposera les précautions nécessaires à son prompt et solide rétablissement et lui fournira souvent les secours matériels sans lesquels ses conseils pourraient demeurer stériles; à l'autre il épargnera les supplices et les dangers de certains procédés familiers aux commères; il dirigera son hygiène de manière à prévenir ses maladies et à favoriser son développement.

« Grâce au médecin, le jeune enfant promet un homme sain et vigoureux; c'est encore lui qui assurera la réalisation de ces belle espérances, en le préservant des fatigues précoces; il le défendra contre le méphitisme physique et moral de ces ateliers, de ces manufactures qui flétrissent et dévorent tant de jeunes existences, au profit d'une industrie souvent sans entrailles.

« Homme, il le prémunira par de sages conseils, par la crainte des infirmités et de la mort, contre ces passions énervantes et dégradantes où le pauvre cherche naturellement à puiser l'oubli de sa misère et de ses rudes travaux.

« Non content d'inculquer aux villageois des principes de force et de moralisation, le médecin portera ses regards jusque dans l'avenir des familles, en les éclairant sur les alliances contraires aux lois qui président au perfectionnement des races; la débilité, les scrofules et autres vices héréditaires seront pour lui des motifs de prohibition qui s'effacent trop souvent, hélas! devant les calculs de l'ambition et de la cupidité.

« Il n'est pas jusqu'aux actes les plus ordinaires de la vie qui ne réclament les lumières de l'art : l'habitation, le vêtement, l'alimentation, surtout, sont pour le médecin des objets d'incessante sollicitude. S'il était plus souvent consulté, on ne verrait pas si fréquemment les lois de l'hygiène violées au détriment des populations agricoles, cette partie vive des nations. Le médecin enseignerait au laboureur à fixer sa demeure dans un site salubre, exposé aux ventilations d'un air pur, aux rayons d'un soleil vivifiant, à l'abri des vents froids, humides ou délétères, à portée d'une eau courante et limpide, loin des marais, des usines infectes, etc.

« Admis à l'intimité de la vie domestique, il réglerait la matière et la forme des vêtements, selon les exigences de la température, de la constitution individuelle, du genre des travaux; il ferait ressortir l'importance de l'ordre, de la propreté, de l'aération, et les dangers de ces réduits obscurs et méphitiques où trop souvent la famille cherche le repos, dans un état d'entassement, de promiscuité de personnes et même d'animaux, si pernicieux à la santé, sans parler des mœurs.

« Si l'agriculteur est généralement astreint à l'usage d'aliments grossiers et parfois insuffisants, au moins doit-il rechercher les préparations, les mélanges, les condiments les plus profitables à l'entretien de la vie, et s'imposer le régime le plus conforme à ses besoins, dans les limites de son aisance; le médecin seul pourra l'éclairer à cet égard.

« Nous venons de voir l'homme de l'art présider à l'hygiène domestique, ou privée, nous allons voir son rôle grandir en abordant les détails de l'hygiène publique. C'est en effet à lui qu'incombe la mission de protéger les agglomérations rurales en provoquant et dirigeant le dessèchement des marais; en s'opposant à la coupe des bois qui constituent des agents purificateurs de l'atmosphère et des obstacles contre les vents, les effluves, voire même les inondations; en éclairant l'autorité sur les inconvénients des établissements insalubres et de certaines exploitations qui, bien que favorables à quelques intérêts publics, peuvent compromettre gravement la vie des populations : telles sont ces digues constituées par les voies de fer, d'où résultent des cloaques, sources de miasmes pestilentiels. »

L'espace nous manque pour suivre l'auteur lorsqu'il arrive à l'œuvre agricole et qu'il développe l'influence possible du savant sur les procédés du cultivateur, les données fournies par la science sur les engrais, les assolements, l'élève des bestiaux, l'utilité du sel en agriculture, etc. Sans franchir les limites du vrai, c'est-à-dire du réel, nous terminerons par la citation qui clôt dignement le discours de notre honorable collaborateur.

« Un habile romancier de nos jours (Balzac) a tracé le portrait idéal du *médecin de campagne*, et il l'a représenté comme un savant universel, un moraliste consommé, un économiste habile, un administrateur expert. Il le fait agir dans les diverses attributions de son saint ministère, et le montre, au bout de sa carrière, ayant fondé, développé, enrichi, moralisé, perfectionné, en un mot, l'heureux village dont il est l'âme et le bon génie.—Ce qu'un littérateur a proclamé des nombreuses et nobles attributions de la médecine, vous pardonnerez à un médecin de l'avoir timidement rappelé devant une imposante assemblée au sein de laquelle il pourrait se croire égaré, s'il n'avait la conscience des modestes services que peut rendre à ses savants et laborieux collègues, sinon sa personne, au moins la science dont il fait profession. »

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA FIÈVRE NERVEUSE.

L'anatomisme moderne a beaucoup discuté l'existence de la fièvre nerveuse, ou pour mieux dire, on s'est beaucoup récrié, dans ces derniers temps, contre l'existence de cette fièvre. On s'est appuyé, pour la combattre, de beaucoup de faits dans lesquels elle avait été admise par les anciens, là où les modernes ont constaté la présence de lésions matérielles organiques suffisantes pour détruire l'essentialité trop légèrement proclamée. Il faut avouer que nos prédécesseurs, privés des moyens de diagnostic local que nous devons à l'auscultation et à la percussion, et privés des lumières acquises depuis sur l'anatomie pathologique, ont pris et décrit comme fièvres nerveuses beaucoup de maladies occasionnées probablement par des lésions sourdes dont ils ne devinaient pas l'existence. Huxhom, lui-même, est plein de ces incertitudes inhérentes aux observations de son temps; à plus forte raison ses imitateurs peuvent-ils être taxés d'exagération, ou au moins soupçonnés d'une interprétation vicieuse des faits qu'ils ont vus. Mais il me semble, d'un autre côté, qu'il y a souvent un peu d'orgueil illégitime dans les prétentions modernes, et je crains que, pour avoir eu souvent raison, les modernes n'aient à leur tour dépassé la vérité. L'observation et le raisonnement me rangent dans la classe de ceux qui croient que tout trouble de fonctions n'implique pas comme point de départ le désordre anatomique; j'admets, par exemple, la réalité des fièvres nerveuses: faites une marche forcée, et aussitôt que vous serez un peu reposé, vous aurez une fièvre avec tous ses caractères; cette fièvre sera entièrement sans conséquence, car au bout de quelques heures tout sera rentré dans l'ordre. Soyez tourmenté par une vive préoccupation, par une passion ardente, par une épreuve, un concours, une élection, et vous aurez une véritable fièvre, qui se passera quand, l'épreuve finie, le moral aura pu se remettre. Dans notre temps de vie publique et privée, si tourmentée et si active, d'ambitions et de désirs effrénés à tous les degrés, de luttes et de déceptions, les exemples de cette nature se rencontrent à chaque instant. Un excès momentané de fatigue musculaire, une vive agitation morale, et j'aurais pu choisir par centaines d'autres exemples, suffisent pour montrer qu'on peut avoir la fièvre primitivement par le système nerveux; que, partie exclusivement de là, elle se fait sentir dans tous

l'organisme au moyen du système circulatoire qu'elle trouble et dont elle amène la réaction. Or, ce qui peut arriver à tous pour des ébranlements suffisants, se produit chez certains sujets malheureusement doués, pour des causes beaucoup plus légères. Je connais une foule de constitutions délicates qui, depuis plusieurs années que je les observe, ne m'ont laissé découvrir aucune apparence appréciable de lésion organique quelconque, et chez qui la fièvre se montre pour la moindre cause. Une promenade un peu longue, un coup de vent du nord et surtout du nord-est, une menace de neige, en toute saison, un brusque changement de température, vers les équinoxes, là où le contraste entre le jour et la nuit est plus grand, les changements dans la révolution diurne, une vive et brusque préoccupation, une émotion violente, suffisent pour leur donner un accès complet de fièvre. Je connais des personnes que cette sorte de fièvre quitte à peine. Eh bien, c'est cela que je regarde comme fièvre nerveuse et que j'appelle de ce nom. On ne peut pas nier la réalité et la production facile du mal ; je ne crois pas qu'on puisse se refuser à reconnaître le système nerveux. comme le seul point de départ raisonnablement acceptable ; les accès fébriles secondaires de l'organisme, comme les conséquences du trouble de ce premier système. Je constate le fait dans toutes les constitutions, quand ce système a été soumis à un jeu excessif. Je remarque que ce jeu excessif a pour chacun de nous ses limites relatives, et je ne comprends pas pourquoi l'on nie l'identité du même trouble chez différentes personnes, uniquement pour cette raison, que chez l'un il faut un grand excès et que chez l'autre l'excès aura été beaucoup moindre. C'est comme si on voulait soutenir que la fatigue n'est pas également la fatigue chez l'un et chez l'autre, parce que pour l'un il a fallu marcher seize ou vingt heures pour produire ce malaise, et que pour l'autre, une ou deux heures de marche ont suffi ; parce que l'un a pu, dans son cabinet, travailler plusieurs jours et plusieurs nuits, et l'autre seulement quelques heures ; parce que l'un a pu affronter impunément toutes les émotions, et que l'autre a la fièvre au moindre trouble moral. Il me paraît impossible encore de ne pas considérer comme fièvres nerveuses un des cas dont Robert Whytt parle si sensément, et qu'il désigne sous le nom de marasme nerveux. J'admets avec lui que le dépérissement tient surtout alors à ce que la digestion languit ; mais je ne peux pas m'empêcher de regarder cette langueur de la digestion comme secondaire, et de faire remarquer le premier rôle joué par le système nerveux.

Je crois donc à la fièvre nerveuse aussi bien qu'à la fièvre inflammatoire, aussi bien qu'à toutes les fonctions de l'organisme. Je reconnais, parce que la chose est très-probable, que nos prédécesseurs, et même

Huxhom, peuvent avoir accepté souvent comme des fièvres nerveuses des cas où ils avaient affaire à des fièvres symptomatiques accompagnées de désordre qu'ils n'avaient pas reconnus; mais je suis sûr, pour mon compte, d'avoir souvent rencontré de ces fièvres dont la cause, la marche et l'issue m'ont démontré qu'elles n'étaient pas entretenues par des désordres matériels anatomiques. Je pense que le médecin qui se laisserait entraîner à rendre, dans tous ces cas, des oracles sur le pronostic, s'exposerait à des erreurs graves, très-préjudiciables pour les malades, pour ceux qui les entourent, et très-honteuses pour l'art et l'artiste.

Ces points ainsi établis, voici comment, pour ne pas m'éloigner des faits que j'ai observés, je crois devoir procéder dans l'exposé de ce que je pense relativement aux fièvres nerveuses.

Je distingue ces maladies en deux classes : les fièvres nerveuses accidentelles, et les fièvres nerveuses chroniques. J'appelle fièvre nerveuse accidentelle celle qui se développe momentanément, sans désordre organique primitif appréciable, puis se dissipe sans laisser à sa suite de trouble secondaire. Cette fièvre, pour être dite nerveuse et traitée en conséquence, exige que le point de départ soit démontré exclusivement dans le système nerveux. Elle se rencontre par conséquent presque uniquement chez les sujets nerveux, ou chez ceux qui ont demandé à leur système nerveux, quel qu'il soit, plus qu'il ne peut donner; c'est alors que, secondairement, le système circulatoire est intéressé dans le désordre; puis, la fièvre se passe quand le jeu de la machine humaine a eu le temps de se rajuster par le repos ou à l'aide de quelques évacuations, je dirai presque critiques.

Cette fièvre est caractérisée par des frissons dans le dos, souvent suivis de chaleur dans les reins, par la fréquence et l'inégalité du pouls. L'inégalité est de deux sortes : inégalité de fréquence des pulsations entre elles; en même temps, le pouls a une vivacité particulière; la pulsation frappe vite et disparaît rapidement; on sent que l'artère cède immédiatement après que l'ondée a passé. L'ondée sanguine a quelque chose de brusque et de dur qui fait place à l'instant à une vacuité frappante des parois artérielles; la peau prend à la suite de la chaleur, mais c'est une chaleur comme superficielle, et qui disparaît quand on laisse quelque temps la main au contact du malade. L'équilibre entre l'observateur qui touche et le patient qu'on explore s'établit vite, bien autrement que cela n'a lieu dans les fièvres inflammatoires, éruptives ou typhoïdes. En même temps, les autres signes de fièvre se montrent dans un degré assez modéré, je veux parler de la soif, de l'empâtement de la bouche, de la sensation interne de malaise, de frisson et de chaleur, de la sueur, du trouble de l'excrétion urinaire, de la fai-

blesse, de la lassitude et de la difficulté générale, ou plutôt de l'allanguissement de toutes les fonctions. Puis, au bout de quelque temps, de quelques heures, pour être plus précis, l'équilibre se rétablit à l'aide de quelques excrétions modérées, et la fièvre nerveuse accidentelle a disparu. Il suffit, pour en avoir des échantillons, d'interroger et d'examiner avec soin les sujets nerveux et délicats que l'on connaît, et on ne tardera pas à se convaincre que cette indisposition leur est assez fréquente, et se répète en eux pour la moindre cause et sans autre conséquence que les malaises divers que je viens de rappeler. Des sueurs aiguës, des urines abondantes, telles sont habituellement les causes qui terminent ces accès de fièvre, puis tout rentre dans l'ordre.

Le pronostic n'est jamais grave quand on n'a affaire qu'à ces désordres.

On comprend que l'anatomie pathologique n'a rien à voir ici.

Quant à l'étiologie, elle est facile à juger, Tout ce qui tient en jeu le système nerveux au delà de ses fonctions habituelles peut causer la fièvre nerveuse accidentelle : la propbylaxie serait donc facile, si l'homme ne vivait pas, malgré lui, dans un milieu de passions et d'efforts, dans une lutte incessante avec tous les éléments qui l'entourent.

La thérapeutique de la fièvre nerveuse accidentelle est des plus simples : du repos pour tous les organes, un peu de temps et de patience, du calme d'esprit quand il est possible, une température douce et égale autour du malade, une boisson agréable et un peu calmante, comme une infusion de fleurs de tilleul ou de primevère, au besoin, quelques pétales de pavot en infusion ou de l'eau chaude additionnée de sirop de capillaire ; tout au plus quelques cuillerées à café de sirop diacode, ou un peu d'eau de fleurs d'oranger ajoutée dans de l'eau sucrée, ou toute autre boisson analogue, et cela suffit pour amener la détente désirée ; puis, le calme revenu, il n'y a plus qu'à régler le régime de manière à ne pas renouveler le trouble nerveux, à laisser la tête et le cœur dans le repos aussi complet que possible, et la fièvre nerveuse accidentelle aura complétement cédé.

Mais le malade n'est pas toujours aussi heureux, et la fièvre nerveuse est loin de se montrer aussi bénigne dans tous les cas ; je veux parler de la seconde classe de ces fièvres, celles que j'appelle nerveuses chroniques, qu'on a nommées lentes nerveuses, dont Broussais lui-même a défini une espèce hectique de douleur.

J'avoue d'abord que cette fièvre n'est pas commune, et, en outre, qu'il n'est pas facile d'en voir des exemples anatomiquement démontrés. Ces effets, soit que la fièvre, lente, nerveuse en apparence au début, n'ait été qu'une période prodromique de l'évolution matérielle de dés-

ordres qui se révéleront plus tard, soit que la fièvre lente, véritablement nerveuse, occasionne des troubles matériels, dont les traces organiques pourront faire illusion plus tard et donner le change sur le début du mal, je trouve toujours la chose également difficile à établir, et je conviens que je serais embarrassé de la démontrer par une observation complète, comme l'entendent les anatomo ou les organo-pathologistes, c'est-à-dire accompagnée de l'ouverture et de l'examen du cadavre. Je demanderai seulement la permission de leur faire humblement remarquer que la médecine s'appuie tout au moins autant sur l'étude et l'observation du malade que sur les dissections des corps morts, et, en conscience, je trouve qu'une observation aussi peut être complète quand elle se termine par la guérison. Je me crois autorisé à reconnaître des fièvres nerveuses quand elles guérissent et peut-être même encore quelquefois quand elles se terminent par des affections bien anatomiquement caractérisées. Je veux seulement que tous les signes positifs et négatifs se soient montrés et conservés assez longtemps pour lever tous les doutes. Par exemple, je me crois autorisé à penser qu'il y a fièvre, quand l'accélération, la vitesse et l'inégalité du pouls, la chaleur de la peau, le trouble général et local des fonctions me donnent, même à un degré peu prononcé, la certitude que la fièvre existe. Je crois qu'il y a fièvre lente, quand cet état fébrile peu intense, inégal, pour un rien devient bien plus violent; quand il se remontre à chaque instant pour disparaître plus ou moins complétement au bout de quelques heures. Je présume que cette fièvre est nerveuse, quand l'examen de toutes les fonctions et de tous les organes m'autorise à affirmer qu'aucune partie n'est matériellement lésée, autant que le diagnostic moderne autorise à l'affirmer; quand cet examen, fréquemment répété, me fournit toujours les mêmes résultats; quand la durée de la fièvre, l'apparition, la marche des accidents me défendent d'attribuer ce que je vois à quelque lésion locale définissable; quand, enfin, j'ajoute à tous ces caractères celui-ci, qui n'est pas moins sérieux, que je rencontre coïncidant avec la fièvre des accidents nerveux de toutes sortes, bien caractérisés par leur succession, leur variabilité, leurs transformations et leur tendance à céder devant les moyens que l'expérience a démontrés efficaces contre les affections nerveuses. A tous ces signes, je reconnais une fièvre lente nerveuse, une hectique de douleur dans certains cas, une fièvre de chagrin dans quelques autres, une fièvre résultant d'une délicatesse originaire ou acquise de la constitution dans quelques faits exceptionnels. Je suis sûr d'avoir rencontré plusieurs fois cette fièvre lente nerveuse, et j'ai eu le bonheur de voir quelquefois des malades ainsi affectés reprendre ultérieurement une santé meilleure et démentir ainsi

des pronostics fâcheux qu'un diagnostic trop précipité avait fait porter sur leur compte. Il est juste aussi d'ajouter qu'un certain nombre de ces malades ont fini par succomber à la longue, minés par des affections tuberculeuses ou cancéreuses. Sans doute, ces affections homicides, complétement et longtemps muettes au début, ont simulé souvent la fièvre lente nerveuse ; mais, je ne fais pas de doute non plus que, dans d'autres occasions, cette fièvre n'ait été la cause primitive de tout le mal ; j'invoquerai, à l'appui de mon opinion, les nombreux exemples dans lesquels le désordre organique matériel ne s'est dévoilé qu'au bout d'un temps fort long, tout rempli par la fièvre nerveuse, et ceux qui prouvent encore bien plus, dans lesquels la fièvre nerveuse chronique s'est terminée par une bonne et solide guérison.

J'en appelle, sur tous ces points, à l'observation attentive et au témoignage de tous les médecins qui ne font pas de la science exclusivement dans les hôpitaux et les amphithéâtres.

Si je cherche maintenant à analyser les phénomènes de la fièvre nerveuse chronique, voici ce que j'y trouve :

D'abord un état nerveux bien caractérisé, comme base. Cet état nerveux, originaire, héréditaire ou acquis, a précédé plus ou moins longtemps l'apparition de la fièvre ; il s'est révélé, en général, par tous les signes les moins douteux ; il se montre encore après, de manière à ne pouvoir pas être méconnu ; puis la fièvre s'ajoute à tous les troubles qui ont ouvert la scène.

Cette fièvre survient ordinairement quand il se passe ou au dedans, ou autour du malade, quelque changement qui le frappe vivement et longtemps. Ce changement peut être ou matériel ou moral ; ce sera ou l'influence d'un climat, d'une habitation qui ne lui vont pas, une grande modification dans les conditions de l'existence ; ou bien une passion contrariée, étouffée, une douleur morale dissimulée et entretenue dans un coin du cœur, une perte irréparable. Alors l'état nerveux préexistant est porté au delà de ses limites ordinaires ; le système circulatoire, le système respiratoire entrent dans le cercle fatal et la fièvre lente nerveuse se déclare.

Ainsi, au fond, partout et toujours l'état nerveux à une haute puissance, et avec tout cela, plus que tout cela, la fièvre habituelle.

Cette fièvre, en général légère, inégale de durée et de force, bizarre dans sa marche, donne au pouls et à la peau tous les caractères que j'ai décrits plus haut sous le nom de fièvre nerveuse accidentelle. Seulement les accès se multiplient et se prolongent presque sans fin, et leur durée, leur intensité, leur répétition troublent d'une manière inégale et inconstante les fonctions et particulièrement les fonc-

tions nutritives, puis tout rentre par intervalle dans un ordre relatif assez satisfaisant; mais à la moindre occasion l'accès de fièvre se montre de nouveau. On a le marasme nerveux de Robert Whytt.

Ces accès de fièvre ont quelque chose de particulier dans leur retour. Les uns sont tout à fait erratiques; ils viennent sans qu'on puisse savoir pourquoi; ils durent plus ou moins, sans qu'on puisse ni les prévoir, ni les gouverner; d'autres, au contraire, se montrent régulièrement aussitôt que la moindre cause a jeté du trouble dans l'organisme. Une passion provoquée, un écart du régime habituel, une brusque variation atmosphérique, une fatigue, quelle qu'elle soit, le simple changement du jour à la nuit, un repas, suffisent pour provoquer la fièvre. Enfin, dans quelques cas, les retours fébriles sont périodiques, qu'il y ait eu rémittence ou intermittence entre les accès.

Dans tout cela, quels que soient la forme des accès, leur rapport les uns avec les autres, je ne puis ne pas voir la même chose, une fièvre lente nerveuse; et par conséquent, je me crois en droit de la traiter comme telle, sous le rapport du pronostic des indications thérapeutiques.

Le pronostic de la fièvre nerveuse chronique a presque toujours quelque chose de grave. D'abord le médecin ne peut pas oublier les complications ou les terminaisons désorganisatrices que cet état maladif cache souvent; puis, même pendant que l'étude de tous les organes le rassure à ce point de vue, il sait combien il est toujours difficile de rencontrer une constitution tombée à ce degré de désordre nerveux, quel temps et que de peine il faut prendre pour annihiler la plupart des causes qui auront ravagé le moral au point d'ébranler aussi vivement le physique. Il n'ignore pas quelles difficultés s'accumulent devant vous quand un mal moral irrémédiable a bouleversé une personne déjà névropathique; quand les fonctions réparatrices dénaturées ôteront chaque jour, au lieu de réparer, tous les éléments de la vie et de la résistance. Il sent tous les jours venir et s'aggraver la douleur et la sensibilité, parce que la faiblesse augmente et que la lutte épuise les forces au lieu de les exercer et de les réparer.

Il faut reconnaître, d'un autre côté, que rien n'est absolument perdu tant que des désorganisations matérielles incurables ne se sont pas encore révélées. Une bonne direction physique et morale ont tant de pouvoir sur ces organisations souffreteuses, les circonstances humaines ont tant de diversité à la fois, tant de ressources pour changer nos dispositions de toute nature, le temps a un empire si bien établi sur nos pensées, nos volontés, nos facultés, que le médecin ne doit jamais perdre courage. Avec l'aide de ces puissants auxiliaires, guidé par un

bon cœur et une intelligence bien exercée, il profite de tous les interstices que le mal lui laisse, et parvient souvent à soulager, toujours à consoler, quelquefois même à guérir son malade. On doit seulement être à l'avance bien prémuni contre la longueur du temps pendant lequel il faudra prolonger la lutte.

Les indications thérapeutiques sont diverses, suivant les formes de la maladie et les causes intimes auxquelles elle est due.

Au point de vue de la forme, une indication capitale peut se présenter, celle de l'intermittence ou de la rémittence périodiques. Quand nous parlerons tout à l'heure de cette forme de maladies, nous discuterons sur les bases de la thérapeutique qui les regarde. Ici, nous prenons seulement acte de l'indication pour nous réserver au besoin de mettre en usage, avec les précautions convenables, la médication antipériodique par excellence, les préparations de quinine. Nous indiquerons tout à l'heure avec quelle discrétion, ou au besoin avec quelle persévérance ou quelle hardiesse il en faut user chez les gens nerveux.

La forme périodique exceptée, toutes les autres indications me paraissent résulter, d'une part, d'une sorte d'exagération de l'état nerveux, et d'une autre part, de la présence de la fièvre.

Sous le premier rapport, ces malades me semblent devoir être traités comme dans l'état nerveux simple, c'est-à-dire autant que le permettra la complication même des causes qui les tourmentent. Mêmes précautions pour entretenir et renouveler les forces, pour ranimer toutes les fonctions organiques, pour calmer physiquement et moralement le système nerveux, tout en se gardant bien de rien risquer de ce qui pourrait léser matériellement les organes et fournir un prétexte à l'excitation, dirai-je à l'irritation locale, qui est toujours sur le point d'éclater.

J'ai appris, par le raisonnement et par l'expérience, que les moyens qui conviennent contre l'état nerveux ordinaire attaquent celui-ci dans sa base. La considération de l'état fébrile vient donc seule introduire quelque changement dans la thérapeutique. A ce point de vue, les indications sont bien dessinées : comme prophylactique, il faut s'arranger de manière à prévenir les retours occasionnels, en évitant les occasions quand c'est possible, ou en ménageant autant qu'on le peut les transitions ; quand cela ne peut pas se faire ou quand la fièvre est tout à fait erratique, traitez l'état général avec constance et fermeté, et pendant les accès accommodez-vous au temps ; ménagez de toutes les manières les forces et la sensibilité de votre malade ; garantissez-le de toutes les secousses brusques, engourdissez les douleurs ; puis, le calme revenu plus ou moins complet, reprenez votre rôle d'agresseur contre

l'état nerveux, et de cette manière vous verrez petit à petit disparaître les symptômes les plus fâcheux qui s'étaient montrés. Tâchez, en outre, quand vous le pourrez, et on le peut souvent au moyen des bains, des exercices, des repos périodiques, de donner de la périodicité aux mouvements fébriles, aux accidents nerveux quelconques ; vous aurez alors forcé votre ennemi de prendre une armure dont vous connaissez les défauts, et vous aurez presque assuré votre victoire. SANDRAS.

DE L'EMPLOI DE LA POTION DE CHOPART CONTRE L'HÉMOPTYSIE.

Le crachement de sang présente, quant à son intensité, des différences assez marquées pour qu'il soit bon d'en tenir compte.

I. Il peut consister seulement dans l'expectoration d'une quantité très-peu considérable de sang, ou même de quelques crachats sanguinolents ; ce petit crachement de sang n'a nulle gravité par lui-même, et il n'exige, pour ainsi dire, aucun traitement. Le repos, le silence, l'abstinence de vin et d'aliments excitants ; l'usage de quelque boisson mucilagineuse, telle que la décoction de grande consoude ou de guimauve, l'eau de riz, la solution de gomme, etc., tels sont les moyens auxquels on a recours et qui suffisent toujours en pareil cas.

II. L'hémoptysie peut présenter plus d'intensité sans être cependant encore très-abondante. Dans ce cas, elle cède souvent à l'emploi des bains de pieds, des sinapismes, des ventouses sèches ou scarifiées, de la ligature des membres ; et aussi à l'usage de différentes substances, telles que les acides minéraux et végétaux, les racines de tormentille et de bistorte, le sang-dragon, l'écorce de grenade, l'alun, l'extrait de ratanhia, et l'ergot de seigle. Malgré l'utilité de ces moyens, la saignée est quelquefois indispensable pour mettre fin à une hémoptysie de moyenne intensité.

III. Si le crachement de sang est abondant, c'est là la première chose qu'il y ait à faire ; la saignée doit être alors employée avec énergie et réitérée plusieurs fois s'il le faut. De petites saignées pourraient avoir un résultat contraire à celui qu'on se propose, et entretenir ou renouveler l'hémorrhagie.

Il convient aussi, dans ce cas, suivant la méthode de Sydenham, de faire suivre la saignée d'un ou de plusieurs purgatifs, à moins de contre-indication évidente.

IV. Il est une autre variété d'hémoptysie, c'est l'hémoptysie foudroyante ; son nom indique assez sa terminaison habituelle et l'impuissance de la thérapeutique à son égard.

V. Si, comme nous l'avons vu plus haut, il est un certain nombre

d'hémoptysies contre lesquelles la science possède des moyens efficaces, il en est malheureusement contre lesquelles la thérapeutique est impuissante ; telles sont, indépendamment de l'hémoptysie foudroyante, ces hémoptysies graves et répétées, qu'on observe surtout dans le cours de la phthisie. On peut les combattre dès leur début avec quelque succès; mais elles se renouvellent bientôt, et l'on ne peut plus insister sur les émissions sanguines, à cause de l'état de faiblesse des malades. Tous les médicaments échouent, et ceux qui pourraient avoir quelque efficacité se trouvent contre-indiqués.

Il était naturel de chercher un moyen de combattre ces hémorrhagies rebelles, et nous croyons faire une chose utile en appelant l'attention sur une préparation qui a produit d'excellents effets dans les cas dont il est question.

Nous voulons parler de la potion de Chopart, que M. J.-P. Tessier a été conduit à mettre en usage, par la considération des propriétés médicamenteuses des substances dont l'ensemble constitue cette préparation.

On sait en effet que, parmi ces substances, les unes sont encore employées isolément contre les hémorrhagies, tandis que les autres sont aujourd'hui à peu près complétement négligées, bien qu'elles jouissent de propriétés hémostatiques signalées par un certain nombre d'excellents auteurs.

« Balsami tolutani fumum in pulmones inspiratum pro sanguinis sputo laudat celeberrimus Mead », dit Van Swieten. Dans un autre passage, le même auteur insiste sur l'utilité des substances suivantes : « Balsamum copaybæ, peruvianum, tolutanum de Meccâ.

Du reste, tout en recommandant l'usage de la potion de Chopart comme très-efficace contre les hémoptysies rebelles, et surtout comme ne présentant aucun inconvénient, nous n'avons pas la prétention d'en faire un médicament héroïque. Il est des cas où il échoue, mais enfin il rend souvent plus de services à lui seul que tous les autres réunis, et il réussit fréquemment là où tous les autres ont échoué.

On l'administre ordinairement à la dose d'une cuillerée à bouche ou de deux cuillerées par jour, et on en continue l'usage jusqu'à la cessation du crachement de sang.

Il est bien entendu que l'on peut augmenter la dose sans inconvénient. On y est quelquefois forcé par l'intensité et la persistance de l'hémorrhagie ; mais le plus souvent une ou deux cuillerées suffisent. Du reste, nous allons rapporter plusieurs observations qui font bien ressortir la rapidité de son action.

Voici quelle est la formule exacte dont on s'est servi dans toutes les expérimentations qui ont été faites à cet égard :

℞ Baume de copahu	ãã 30 grammes.
Sirop de tolu.	
Eau de menthe	
Alcool.	
Alcool nitrique	1 gramme.

Il importe que l'alcool nitrique ait au moins huit jours de préparation. En effet, dans quelques cas, cette précaution n'ayant pas été prise, la potion de Chopart n'a pas produit les bons résultats qu'on en a constamment retirés.

Obs. Ire. *Hémoptysie durant depuis quatre jours, définitivement arrêtée par une seule cuillerée de la potion de Chopart.* (Service de M. J.-T. Tessier.) Lehuerf René, âgé de vingt-deux ans, cordonnier, demeurant rue Jean-de-Lépine, 6, entre à l'Hôtel-Dieu (annexe), le 13 octobre 1847.

Le père de ce malade est mort à l'âge de soixante-cinq ans, à la suite d'une maladie aiguë qui n'a duré que trois semaines. Sa mère, âgée de cinquante-deux ans, jouit d'une bonne santé. Il se rappelle avoir entendu dire que les parents de son père sont presque tous morts dans un âge peu avancé. Il a eu quatre frères qui sont morts en bas âge. Il ne lui reste qu'une sœur qui a vingt-cinq ans et qui est bien portante. Quant à lui, il a eu, pendant sa jeunesse, quelques affections strumeuses.

Il contracta un rhume dans l'hiver de 1846 à 1847. Vers le printemps suivant, il commença à maigrir. Tout en continuant à tousser, il suait en dormant, particulièrement de la tête. De tout temps, du reste, il se rappelle avoir sué pendant son sommeil, mais les sueurs augmentèrent à l'époque dont nous parlons. Il ne donne, d'ailleurs, que des détails insuffisants sur le début de la toux, sur le caractère de ce symptôme et des autres phénomènes qui l'accompagnaient. Il se rappelle seulement qu'il crache depuis le moment où il a été pris de toux, qu'il n'a point eu de diarrhée, et qu'il n'avait jamais craché de sang avant le 10 octobre 1847.

Ce jour-là, sans cause connue, sans plus de malaise que d'habitude, sans phénomènes précurseurs, il fut pris tout à coup, en se baissant pour se laver les mains, d'une quinte de toux et d'un crachement de sang assez abondant. Ce sang était rouge vermeil et non spumeux, se prenant en caillots.

L'hémoptysie continua presque toute la journée; mais le sang était rendu de moins en moins pur et mélangé de mucosités.

Dans la soirée, le malade étant sorti pour aller *à la barrière*, n'éprouvait qu'un peu de faiblesse. Il mangea peu et ne but point.

Pendant la nuit, il fut réveillé par un nouveau crachement de sang.

Dans le courant de la journée, il n'expectora que du sang mélangé; mais pendant la nuit, il rendit encore une certaine quantité de sang pur. Le 13 octobre, le crachement de sang continuant toujours, il entra à l'hôpital.

On le trouve, le 14, dans l'état suivant : face rouge et animée (le malade a naturellement, du reste, le visage coloré), un peu d'oppression, besoin fréquent de tousser, fièvre; il a rempli de sang, pendant la nuit, la moitié

de son crachoir. Rien de notable à l'auscultation et à la percussion. 95 bulles de râle muqueux disséminé.

On prescrit une cuillerée à bouche de la potion de Chopart. A dix heures, le malade la prend. Dans le courant de la journée, les crachats deviennent de moins en moins sanglants. Le soir, ils ne le sont plus.

Pendant la nuit, le crachement de sang ne revint plus comme les nuits précédentes, et, depuis ce temps, il n'a pas reparu.

Nous pourrions, à la suite de cette observation, en citer d'autres, que nous avons également recueillies; mais nous préférons en publier aussi quelques-unes qui ne nous sont pas particulières, et que nous devons à l'obligeance de deux de nos amis et confrères, les docteurs Gabalda et Jousset.

Obs. II. *Hémoptysie très-abondante. L'ergot de seigle et l'extrait de ratanhia, employés d'abord avec avantage, deviennent complétement impuissants. La potion de Chopart suspend l'hémorrhagie et suffit pour l'arrêter chaque fois qu'elle reparaît.* Ladmiral, Louis-Adolphe, vingt-quatre ans, bottier, entré le 30 mai 1847, salle Sainte-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu. Le père et la mère de ce malade vivent encore. Sa mère, âgée de plus de cinquante ans, tousse habituellement; elle est très-maigre. Il y a eu six enfants dans la famille. Les deux aînés seuls sont vivants; les autres sont morts à un âge peu avancé (de neuf à onze ans). Une sœur du malade est morte à la suite d'une hémoptysie considérable.

Louis s'est bien porté jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Depuis cette époque, il a eu presque tous les ans des ophthalmies, au commencement du printemps. L'application de vésicatoires dissipait toujours cette affection.

Il y a six ans, après avoir fait un excès de table, il a eu une première hémoptysie, qui a été peu considérable. Depuis trois ans il a des rhumes prolongés à l'entrée du printemps (février, mars). Ces rhumes se dissipaient dans la belle saison. Ils n'ont jamais été accompagnés d'hémoptysie.

Louis est venu à Paris, cette année, aumois de février. (Il l'avait quitté depuis un an, et avant cette époque il y venait depuis quatre ans passer seulement quelques mois.) Peu de temps après son arrivée à Paris, toussant déjà depuis quelques jours, il a vu son rhume s'aggraver beaucoup sous l'influence d'un refroidissement auquel il s'était exposé en recevant la pluie et en gardant des habits mouillés. Il est entré à l'hospice Necker, où il a passé un mois. Pendant son séjour à l'hospice il a toussé beaucoup, il a eu des sueurs nocturnes (ce symptôme existait déjà pendant tout l'hiver); il n'a pas eu d'hémoptysie. La toux et la fièvre étant notablement amendées, il est sorti de Necker le 25 mai. Dès ce jour il y a eu un peu de sang dans deux ou trois crachats. Deux jours après, il a craché environ un demi-verre de sang. Un médecin appelé a prescrit un moyen hémostatique qui a arrêté l'hémoptysie, mais elle a reparu deux jours après, et, cette fois, Louis a rendu en deux fois, à midi et à minuit, la valeur d'un pot de nuit rempli de sang. A deux heures du matin il s'est fait transporter à l'Hôtel-Dieu. L'hémoptysie a continué pendant la nuit, et, le matin, nous avons trouvé le malade crachant encore du sang. Son crachoir était rempli d'un sang rouge et spumeux. Son pouls était très-fréquent et assez fort. On a pratiqué immédiatement une petite saignée d'une palette, et on a prescrit un julep

avec 1 gramme de seigle ergoté en poudre et 1 gramme d'extrait de ratanhia. Sous l'influence de ces moyens, l'hémorrhagie s'est arrêtée.

Le 1er juin elle a recommencé avec une grande violence, quoiqu'on eût continué l'usage de l'ergot de seigle. La dose de ce médicament a été doublée. Néanmoins l'hémoptysie a persisté. Le 2 juin, nous avons prescrit la potion de Chopart (deux cuillerées à bouche dans la journée). Le soir, l'hémoptysie était arrêtée. Le 3 et le 4, le malade a craché du sang noir et coagulé. Ces caillots ont été de plus en plus rares. Le 5 et les jours suivants il n'y a plus eu de sang dans les crachats. Jusqu'au 6, le malade a pris tous les matins une cuillerée de la potion de Chopart.

Le 14 juin, pendant la visite, une nouvelle hémoptysie s'est manifestée avec une grande violence (en cinq minutes, le crachoir était à moitié rempli). J'ai immédiatement appliqué des ligatures sur les bras du malade. L'hémoptysie a cessé presque aussitôt. Je lui ai fait avaler ensuite une cuillerée de la potion de Chopart. L'hémoptysie n'a pas reparu. Elle s'est manifestée de nouveau le 17. Le malade, suivant le conseil que je lui en avais donné, s'est fait lier les deux bras et a avalé une cuillerée de potion. L'hémoptysie s'est arrêtée. Le 22, mêmes accidents et même succès. Depuis le 22, il n'y a pas eu de nouvelle hémoptysie. Le 4 juillet, le malade est sorti pour aller á Chartres, son pays natal. Durant son séjour à l'hospice, sa phthisie avait fait des progrès rapides. Au moment de sa sortie, il présentait les signes de deux cavernes, une au sommet de chaque poumon.

Obs. III. Hémoptysie avec suffocation imminente; une saignée rappelle le malade à la vie et fait cesser momentanément l'hémorrhagie; celle-ci se reproduit, malgré deux nouvelles saignées. La potion de Chopart arrête définitivement l'hémoptysie.— Nous avons vu employer la potion de Chopart pour la première fois, au commencement de l'année 1846, dans le service de M. Tessier, à l'Hôtel-Dieu. C'était chez un jeune homme âgé de vingt-trois ans, arrivé à une période avancée de la phthisie. Il était en proie, depuis trois jours, à des hémoptysies qui se répétaient plusieurs fois dans la journée, lorsqu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu. Quelques instants après son entrée, il fut pris sous nos yeux d'un nouveau crachement de sang. La face devint cyanosée; les extrémités se refroidirent, le pouls devint très-petit et fréquent; il y eut quelques mouvements convulsifs. Sa respiration était très-difficile. A chaque mouvement respiratoire, il sortait par la bouche un sang noir et spumeux, que le malade n'avait plus la force de rejeter. Il était sur le point d'expirer; une petite saignée le rappela à la vie. M. Tessier prescrivit deux autres saignées de 100 grammes chacune à pratiquer dans la journée. Le malade fut assez calme ce jour-lá et le jour suivant; mais le troisième jour, l'hémoptysie recommença. M. Tessier prescrivit alors une cuillerée à bouche de la potion de Chopart. Presque aussitôt après l'administration de ce moyen, le malade éprouva un amendement très-marqué. Il se sentit moins suffoqué; le bouillonnement qu'il éprouvait dans la poitrine diminua beaucoup. Il eut encore, pendant toute la journée, des crachats de sang; mais ce liquide, au lieu d'être rouge et spumeux, devint de plus en plus noir et coagulé. Le lendemain, on administra une deuxième cuillerée de la même potion. La quantité de sang diminua, et peu à peu les crachats perdirent toute coloration. En même temps, le pouls, qui était petit, fréquent et redoublé pendant l'hémorrhagie, devint plus rare et plus grand. Les autres signes du mouvement hémorrhagique disparurent aussi

graduellement. Le troisième, le quatrième et le cinquième jour, le malade prit une cuillerée de la potion de Chopart; puis, il cessa d'en prendre.

Le malade passa deux mois à l'Hôtel-Dieu. Pendant ce temps, la phthisie continua de marcher et détermina la mort; mais l'hémoptysie ne se reproduisit point.

Obs. IV. *Hémoptysie abondante accompagnée de forte dyspnée. La potion de Chopart arrête immédiatement l'hémorrhagie et dissipe l'oppression et l'agitation.* — Péron, âgé de trente-six ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 28 juin 1847, salle Saint-Lazare, 4.

Ce malade, d'une constitution détériorée, a été pris d'hémoptysie pour la première fois au mois d'août 1845. Au mois de septembre 1846, le même accident se renouvela, et c'était pour la troisième fois que le malade était pris de crachement de sang quand il entra à l'Hôtel-Dieu, cette année.

L'hémoptysie commença le 28 juin, à six heures du matin, cessa dans la journée, et reprit le soir, au moment de la visite. Je lui prescrivis alors des sinapismes et une bouteille d'eau de Sedlitz. Le crachement de sang diminua un peu pendant la nuit; mais il reprit avec intensité le 29 au matin. Le soir, je fis prendre au malade une cuillerée de la potion de Chopart.

Le malade me dit, le lendemain, que quelque temps après avoir pris ce médicament, l'oppression disparut en même temps que le crachement de sang cessa. Il s'endormit presque aussitôt, et reposa tranquillement pendant six ou sept heures.

Le lendemain matin, il expectorait encore quelques crachats sanguinolents; mais l'hémoptysie avait cessé.

Le malade eut deux selles dans la journée; M. Martin Solon lui continua l'usage de quelques cuillerées de la potion de Chopart, à six heures d'intervalle, et l'hémoptysie ne se renouvela plus.

Il nous serait facile de multiplier les observations, car depuis deux ans nous en avons recueilli un grand nombre ; mais celles qui précèdent nous semblent suffisantes pour montrer tous les avantages qu'on peut attendre de la médication nouvelle que nous proposons, et pour indiquer les cas particuliers auxquels elle convient.

Alp. Milcent, D. M.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA GOUTTE MILITAIRE ET DE SON TRAITEMENT.

(Deuxième article[1].)

Le traitement de cette maladie a presque toujours été une série de tâtonnements et d'essais ; on a passé successivement d'un médicament à un autre médicament, d'une injection à une autre injection. Je ne ferai pas ici l'histoire des nombreuses méthodes qui sont encore usitées, les

(1) Voir page 241.

limites d'un article de journal n'admettent pas de tels développements ; mais, afin de donner une idée sommaire de la multiplicité des agents mis en œuvre, je citerai une partie des notes qui m'ont été remises par un malade, sur l'affection dont il était atteint.

M. P..., commis en nouveautés, âgé de vingt-cinq ans, eut à seize ans une première chaude-pisse ; pendant six mois il prit successivement la tisane de salsepareille, de gayac, de chiendent, et des bains froids. L'écoulement cessa d'être abondant et il ne resta plus qu'une goutte au méat urinaire. Néanmoins il existait toujours une chaleur dans le canal, qui augmentait beaucoup après le coït. Pendant deux années, le malade se soumit à un régime sévère ; ce fut en vain. Il consentit encore à *essayer* d'un nouveau traitement dont la base était les capsules de Mothes, et des injections avec des vins du Midi.

Après une nuit d'orgie, l'écoulement reparut avec violence, et l'on prescrivit la potion de Chopart et la tisane de salsepareille.

Pendant un mois et demi il n'éprouva aucune amélioration, malgré les injections de cuivre, de chaux, de zinc, de laudanum T..., et les capsules de Raquin. On enveloppa le périnée et les organes sexuels avec des compresses de cachou. N'éprouvant encore aucun changement, il fit, d'après le conseil de son médecin, des applications de sangsues au périnée, et des frictions avec l'onguent mercuriel. On employa des injections de nitrate d'argent à haute dose, le tout sans effet.

Pénétré de cette idée qu'une *chaude-pisse chronique* peut guérir par une nouvelle infection, il vit une femme malade, et, en peu de jours, il eut une gonorrhée des plus aiguës. Traitement par la poudre du voyageur, la potion de Chopart, injections de zinc. Enfin, une injection donnée par un pharmacien, et dont il ne peut produire la formule, diminua beaucoup l'écoulement ; mais la goutte et la chaleur du canal persistaient toujours. Il consulta alors un chirurgien qui, pendant quinze jours, plaça dans l'urètre des bougies de caoutchouc. En peu de jours les accidents diminuèrent, et la *goutte devint très-petite.*

Il put, après cette dilatation temporaire du canal, faire des excès de tout genre sans en souffrir ; mais, insensiblement, la goutte reparut plus forte, la chaleur augmenta, et, enfin, dans la nuit de Noël, après une orgie complète, il devint de nouveau malade, et, comme il le dit dans la note qu'il m'a remise, « le matin, en me réveillant le jour de l'an, je vis apparaître une nouvelle chaude-pisse pour mes premières étrennes. »

Pendant deux mois, il a recommencé la série des moyens si nombreux, habituellement donnés contre cette maladie. Lorsqu'il me fut adressé par M. le docteur Solaville, je fis une exploration avec la sonde à boule de cinq millimètres. Elle passa facilement jusqu'à la vessie. Le

méat urinaire étant très-large, je pus introduire dans l'urètre une boule de sept millimètres, qui fut arrêtée au commencement de la portion membraneuse. Elle franchit cet obstacle après une légère pression et, en la ramenant, je pus apprécier très-nettement la cause de l'écoulement : il existait, en effet, un faible rétrécissement.

La dilatation fut employée avec succès, il suffit, pour l'obtenir, de laisser dans l'urètre une bougie de deux millimètres, pendant six séances de dix à douze minutes chacune, et répétées à 24 heures d'intervalle.

Je n'entrerai pas dans les détails du traitement, parce que je vais le décrire d'une manière générale. Les modifications que réclament des cas particuliers doivent être suggérées au praticien par son tact, par son jugement et par une habitude que je suppose acquise dans le traitement de ces maladies.

Ce traitement doit être presque entièrement mécanique, les médicaments n'auront donc ici qu'une importance très-secondaire.

Il faut commencer par émousser la sensibilité du canal : on y réussit vite en introduisant pendant quelques jours une bougie très-flexible en caoutchouc, de un à deux millimètres de diamètre. Dans certains cas, la sensibilité est si exagérée, que si on n'agit pas avec une extrême précaution, l'introduction de la bougie produit une douleur aiguë.

L'usage communément adopté de petites bougies coniques contribue beaucoup à produire ces douleurs. La pointe de ces instruments s'égare dans des plicatures de la muqueuse, et elle y produit des piqûres très-vives. On a fabriqué de très-petites bougies, terminées par de petites têtes arrondies, qui permettent de traverser toute la longueur du canal, sans y provoquer de la douleur : Je ne puis trop en recommander l'usage. Assez généralement, huit ou dix applications suffisent pour émousser la sensibilité la plus exaltée ; et il est possible alors de faire une exploration précise : le malade, habitué au contact de l'instrument, ne donne plus de fausses indications, et il n'accuse plus que les points véritablement douloureux.

Lorsque l'exploration a donné des résultats négatifs, c'est-à-dire lorsqu'on a acquis la certitude qu'il n'y a pas de bride, pas de rétrécissement, on a recours à la bougie volumineuse en cire, afin de connaître le degré de courbure qu'a subie le canal : pour le rectifier, on agit de la manière suivante.

Pendant cinq à six jours on introduit dans l'urètre des bougies en caoutchouc à courbure fixe, en commençant par trois ou quatre millimètres de diamètre, et on augmente successivement leur volume jus-

qu'à six ou sept millimètres ; il ne faut pas les laisser dans le canal plus de dix à douze minutes, parce qu'elles provoquent une réaction qui rend l'écoulement plus abondant. Lorsqu'elles passent facilement on les abandonne, et on emploie les bougies inflexibles, afin de rendre au canal toute sa rectitude.

Il faut être bien averti d'un fait qui se présente souvent dans ces sortes de déviations : un urètre qui a admis facilement une bougie flexible de sept millimètres, oppose de grands obstacles au passage d'une bougie rigide de cinq millimètres. Dans ce cas, on se sert d'une bougie rigide de trois millimètres et demi ou de quatre millimètres, et on agit avec une extrême lenteur. Lorsqu'une fois une bougie rigide est parvenue jusque dans la vessie, les autres y arrivent facilement, à la condition de graduer avec prudence les calibres suivants, à la condition surtout d'agir très-lentement. Il n'est pas nécessaire de les laisser plus d'une à deux minutes, ni d'augmenter chaque jour leur volume de plus d'un millimètre. On porte, en très-peu de temps, la dilatation de l'urètre jusqu'à sept ou huit millimètres, sans que le malade ait eu à en souffrir.

Lorsqu'on a affaire à une déviation du canal sans complication, quinze ou dix-huit séances suffisent pour la guérir et pour faire disparaître l'écoulement.

J'ai indiqué, comme une cause d'insuccès dans ce traitement, l'étroitesse du méat urinaire, bien qu'il soit si facile d'en faire le débridement. C'est une chose assez remarquable que la crainte qui domine encore la majorité des chirurgiens et la répugnance qu'ils éprouvent à pratiquer cette petite opération dont l'innocuité a été si fréquemment démontrée par la pratique de la lithotritie.

Il est cependant facile de concevoir que cette ouverture trop petite ne permet pas de faire une exploration exacte du canal, qu'on n'obtient que des indications fausses ou incomplètes, et qu'alors on donne, sans but déterminé, des médicaments qui échouent toujours.

Voici sommairement, extraits des notes d'un malade, les détails d'une affection qui a rendu nécessaire l'incision du méat urinaire, et qui a été complétement guérie après qu'une exploration plus complète a rendu un compte exact de la lésion du canal.

Goutte militaire.— Débridement du méat urinaire. — Un employé dans une des grandes maisons de banque eut, en 1833, un rétrécissement de l'urètre, après plusieurs gonorrhées. Un spécialiste de Paris traita ce rétrécissement par la dilatation temporaire et quelques cautérisations.

Jusqu'en 1846, ce malade introduisit dans l'urètre des bougies

petites, parce que le méat urinaire était étroit. Tourmenté par une irrégularité dans l'émission de l'urine, préoccupé d'un léger suintement de l'urètre, ce malade s'adressa de nouveau au chirurgien qui lui avait autrefois donné ses soins.

Les mêmes moyens furent employés, c'est-à-dire qu'on eut recours d'abord à la dilatation temporaire, et ensuite à la cautérisation. Cette fois on fit plusieurs scarifications, et une soude fut laissée à demeure pendant trois jours et trois nuits. « Enfin, fatigué et découragé de tant de souffrances inutiles, j'abandonnai une seconde fois la partie. » (Note du malade.)

Voici quel était l'état de ce malade lorsqu'il vint me demander conseil. Le jet d'urine était contourné en spirale, avec une faible projection. Lorsqu'il croyait avoir entièrement fini d'uriner, quelques gouttes tombaient encore entre les talons, ou mouillaient le linge.

L'émission de l'urine développait une légère cuisson dans la partie profonde de l'urètre, et un pincement au méat urinaire. Tous les matins il y avait une goutte purulente, jaunâtre, épaisse, à l'ouverture du canal. Les érections étaient affaiblies.

Le méat laissant passer une boule de cinq millimètres, je fis pénétrer un instrument de ce volume jusqu'au bulbe où il fut arrêté par un obstacle. Une boule de deux millimètres et demi fut substituée à la première, et elle passa jusque dans la vessie, après toutefois avoir reconnu l'obstacle, surtout en revenant. La dilatation temporaire fut immédiatement commencée; à mesure que le rétrécissement s'élargissait, la goutte diminuait, et le cours de l'urine se rétablissait. Après trois semaines de traitement, je crus le malade guéri ; mais ayant laissé le canal pendant six jours sans y passer de bougie, la goutte reparut avec la même intensité, et cependant la boule de cinq millimètres arrivait dans la vessie. Convaincu, par le grand nombre de faits que j'avais observés, qu'il existait encore un obstacle mécanique dans le canal, et qui échappait à mes recherches, à cause du petit volume de l'instrument explorateur, je fis le débridement du méat urinaire, comme je l'ai décrit plus haut (en présence du docteur Lembert) ; et pour satisfaire l'impatience du malade, qui désirait avoir la preuve de l'existence de cet obstacle, j'introduisis la boule de sept millimètres qui fut arrêtée à la région bulbeuse. Lorsque la plaie fut cicatrisée, la dilatation fut continuée, et l'écoulement cessa lorsque la boule de sept millimètres put librement arriver à la vessie. Cet écoulement n'a plus reparu.

Traitement des valvules. Les valvules de l'urètre ne sont pas toujours faciles à découvrir par l'exploration, même à l'aide de la bougie

à boule; c'est principalement par le mouvement de retour qu'on les reconnaît le mieux. Lorsqu'il n'existe pas de complications, lorsque les valvules sont seules cause de l'écoulement, en les détruisant on fait cesser tous les troubles fonctionnels qu'elles ont apportés dans l'appareil urinaire.

Si elles sont molles, il suffit ordinairement de pousser dans l'urètre une boule de sept millimètres et de la ramener rapidement jusqu'au-devant d'elles pour les déchirer, surtout en exécutant ce mouvement trois ou quatre fois. Il en résulte un écoulement de sang et ordinairement une douleur assez vive, qui se reproduit une ou deux fois lorsque le malade urine.

Si la valvule résiste à l'action de la boule, il faut la scarifier : cette opération doit être faite sur plusieurs endroits ; ainsi, tout en exécutant les mouvements de va-et-vient, il faut tourner l'instrument dans diverses directions, afin que la lame divise plusieurs points de l'obstacle.

Lorsque la valvule est détruite, soit par la boule, soit par le scarificateur, l'on place dans l'urètre une bougie de sept ou huit millimètres pour obtenir immédiatement la dilatation nécessaire; il est prudent de la retirer après douze ou quinze minutes, afin de ne pas provoquer un mouvement fébrile simulant un accès de fièvre intermittente. Il y a des malades qui, après cette petite opération, ne supportent pas la sonde au delà de quatre à cinq minutes. Pendant un ou deux jours l'écoulement augmente beaucoup, l'émission de l'urine et les érections sont douloureuses; quelquefois le gland se gonfle : des applications de compresses d'eau froide pendant quelques heures, des bains locaux froids font bientôt cesser ces accidents, que l'on n'observe guère que lorsque les valvules existent dans la partie antérieure de la portion spongieuse, à un pouce environ de la fosse naviculaire. C'est surtout dans ces cas que l'écoulement est semblable à l'eau gommée, et que le jet d'urine est aplati en lame de couteau.

Lorsque ces valvules sont compliquées de déviations du canal, il faut, après les avoir détruites, chercher à rendre à ce conduit sa rectitude par les moyens décrits plus haut. Il y a toutefois ceci à remarquer, qu'après la destruction de ces valvules, les troubles fonctionnels disparaissent rapidement; ces inquiétudes vagues, ces fourmillements du canal, ces douleurs, ces pincements en urinant cessent de tourmenter le malade. Quelquefois l'écoulement est des deux tiers moins abondant, mais au lieu d'être clair, il est épais et d'un blanc jaunâtre; c'est qu'alors la déviation ou un faible rétrécissement agit encore sur la portion profonde du canal et entretient cette sécrétion : la dilatation doit être continuée et portée à un degré plus élevé.

Lorsque l'inflammation de la portion profonde de l'urètre est ancienne, lorsqu'elle a étendu son action jusque dans les muscles qui l'environnent, non-seulement on trouve une déviation de l'axe du canal, mais il existe aussi une augmentation considérable de la courbure bulbo-prostatique. Dans cette circonstance le cathétérisme avec une bougie rigide est difficile à exécuter, et lorsqu'on ne connaît pas cette modification anatomique, on vient heurter avec le bec de l'instrument contre le bord rectal de la prostate : il y a du danger à agir rapidement dans cette manœuvre, car une déchirure est imminente. Il faut retirer l'instrument d'un centimètre à peu près pour le dégager, et *sans le pousser* vers la vessie, il faut abaisser le pavillon lentement, *très-lentement*, jusques entre les cuisses du malade. Lorsque le malade est debout, la portion droite du cathéter indique, avec la ligne horizontale, un angle qui marque vingt à vingt-cinq degrés. L'instrument marche alors, et il avance de toute la longueur de la partie prostatique.

On rencontre encore un temps d'arrêt, un obstacle, qu'il serait imprudent de vouloir franchir brusquement. C'est le bord rectal du col de la vessie, qui, tiré en avant par la contracture des faisceaux musculaires attachés à la prostate, vient former une saillie brusque au-devant de l'entrée de l'urètre dans la vessie. Pour éviter la difficulté, il suffit d'abaisser encore le pavillon de l'instrument avec précaution, et dans une étendue qui ne peut être déterminée, car elle varie selon le degré de l'augmentation de la courbure. L'on sent un mouvement d'échappement très-brusque et très-sec, et l'instrument pénètre alors dans la vessie.

Ces faits, qui paraissent graves, qui semblent exiger un long traitement, cèdent rapidement après l'introduction de quelques sondes rigides de six à sept millimètres. Ces différents obstacles diminuent progressivement en peu de jours, l'introduction de la sonde devient facile, les courbures anormales et les déviations disparaissent, et après quinze ou vingt jours de traitement, tous les accidents ont cessé.

Il existe cependant des exceptions ; l'on est quelquefois arrêté par des difficultés que l'on ne pouvait pas prévoir, et, dans ces cas, le traitement peut être très-long.

Je citerai le fait suivant comme un exemple des complications qui viennent enrayer la marche du traitement.

M. H., officier de l'armée d'Afrique, âgé de trente-six ans, eut une première chaude-pisse à l'âge de vingt-un ans. Pendant plus de six mois, il prit du copahu et se soumit à un régime sévère ; ce fut sans succès. Désespéré de ne voir aucun changement dans sa position,

il fit une orgie si complète, il but tant de vin de Champagne, qu'on dut l'emporter, et il ne se réveilla que quarante-huit heures après ; l'écoulement avait disparu, il était guéri.

Deux ans après, il eut une seconde gonorrhée ; il prit beaucoup de copahu et du cubèbe : après sept mois de traitement, il fut enfin guéri.

En 1843, dans une orgie (à Alger), il vit, par suite d'un pari fait entre camarades, plusieurs femmes de différentes nations. Il fut atteint d'une urétrite si aiguë, que la marche était devenue impossible, et que l'émission de l'urine lui arrachait des cris. Après un long traitement, par un grand nombre de méthodes, l'écoulement diminua beaucoup, mais il restait toujours une goutte épaisse, jaune, qui tachait le linge. Les urines coulaient librement, mais avec douleur et par un jet en spirale. Les érections étaient douloureuses, moins franches et moins fréquentes; c'est surtout pour ces dernières causes que ce malade vint me consulter. (Extrait d'une note manuscrite du malade.) Je fis une exploration avec une bougie à boule de 5 millimètres, et voici ce que je trouvai dans le canal.

La bougie à boule pénétra jusqu'à la portion bulbeuse, où elle fut arrêtée ; j'attendis quelques minutes en la maintenant contre l'obstacle, elle le franchit, et elle arriva jusque dans la vessie. En la ramenant avec précaution, elle fut de nouveau arrêtée au bulbe, mais plus fortement qu'en entrant ; elle céda à une légère traction, et elle fut de nouveau arrêtée dans la portion spongieuse, à 5 centimètres environ du méat urinaire, par un obstacle que je n'avais pas rencontré en entrant. Ce point était très-douloureux ; enfin, en tirant sur la bougie, je la fis sortir en amenant un peu de sang.

J'étais fixé sur la nature du mal, j'avais à faire à un rétrécissement peu avancé du commencement de la portion membraneuse, et à une valvule de la portion spongieuse.

Après avoir, pendant quelques jours, amorti la sensibilité par la présence de très-petites bougies, je fis la dilatation du canal, jusqu'à 7 millimètres. La quantité de l'écoulement était diminuée, le jet d'urine était plus plein, et surtout plus fortement lancé ; cependant il existait encore une cuisson vive dans la partie profonde du canal.

Après une marche poussée jusqu'à la fatigue, ce malade fut atteint au testicule gauche d'un gonflement, qui rendit nécessaire une interruption de quinze jours dans le traitement ; la dilatation fut reprise, et portée jusqu'à 8 millimètres ; l'écoulement ne cessait point cependant.

Une grosse bougie en cire molle fut placée pendant une demi-heure,

et, en la retirant, on vit une déviation latérale de la portion courbe de l'urètre donnant près d'un centimètre de flèche.

Le malade étant appuyé debout contre un mur, l'introduction des bougies en métal fut essayée, mais pendant quatre jours il fut impossible de dépasser la portion prostatique de l'urètre ; enfin elles arrivèrent jusqu'au col de la vessie, où elles furent arrêtées par un obstacle très-puissant.

Pendant quelques jours, je commençai en introduisant des bougies flexibles de sept millimètres, les laissant en place pendant une demi-heure ; ensuite, je les remplaçai par des bougies de métal de cinq et de six millimètres, que je laissai dans l'urètre seulement pendant une ou deux minutes.

Sous l'influence de ce traitement, je vis successivement disparaître toutes les résistances au passage des bougies, excepté celle qui persistait encore au col de la vessie. L'urètre, étant devenu moins irritable, permit d'imprimer à la sonde un degré considérable d'inclinaison, sans produire une trop vive douleur, et lorsque le pavillon fut amené entre les cuisses du malade, le bec de l'instrument pénétra dans la vessie par une saccade très-brusque. La bougie fut maintenue dans cette position inclinée pendant cinq minutes.

Cette manœuvre, qui devint de plus en plus facile, fut répétée pendant quatorze séances, et les bougies rigides pénétrèrent enfin dans la vessie, sans qu'il fût nécessaire de produire encore cet abaissement exagéré du pavillon : l'écoulement a entièrement disparu.

L'exposition des faits rapportés dans ce travail permet de poser les conclusions suivantes :

1° La goutte militaire est généralement l'effet d'une diminution du calibre de l'urètre, ou d'une déviation de la courbure de ce canal.

2° Cette diminution ou cette déviation, en opposant un obstacle à la libre sortie de l'urine, enflamme la muqueuse urétrale, et produit une sécrétion anormale.

3° L'obstacle peut exister, ou dans la portion droite, ou dans la portion courbe, ou en même temps dans les deux portions de l'urètre.

4° La qualité du liquide sécrété varie selon le siége de l'obstacle.

5° Le traitement médical est peu efficace contre cette affection.

6° Le traitement mécanique est le seul véritablement actif.

7° La dilatation graduée est la méthode générale.

8° La scarification et le déchirement sont des moyens exceptionnels, applicables seulement à quelques cas particuliers.

Il est malheureusement certain qu'en médecine une vérité n'est jamais absolue ; j'ai rencontré quelques faits devant lesquels j'ai été im-

puissant. Sur cinquante-huit sujets qui se sont présentés à moi avec la maladie dont je viens de parler, et dont j'ai pris l'observation en vue de ce travail, quatre se sont montrés rebelles à tout traitement. Ne pouvant rien, dans ce cas, par la méthode que je viens de décrire, j'ai eu recours aux divers moyens qui jouissent de quelque vogue, mais je n'en ai pas été plus heureux. CH. PHILLIPS.

QUELQUES REMARQUES PRATIQUES SUR LA CASTRATION, SUIVIES D'UN PROCÉDÉ NOUVEAU POUR L'EXTIRPATION DES TUMEURS GRAISSEUSES.

Bien que l'ablation du testicule soit une opération simple, et en général d'une exécution facile, les chirurgiens sont loin cependant d'être d'accord sur tous les détails opératoires dont elle se compose. Le procédé le plus généralement adopté consiste à pratiquer sur la partie antérieure de la tumeur une incision, qui s'étend d'un peu au-dessus de l'orifice externe de l'anneau inguinal jusqu'à la partie la plus déclive du testicule. Cette incision, suffisante pour attaquer l'organe malade, le disséquer dans toute sa circonférence et l'enlever, ne prévient pas toujours un accident consécutif qui peut avoir sur l'issue de l'opération, et notamment sur la réunion immédiate de la plaie, une influence fâcheuse, nous voulons parler du séjour du pus qui s'accumule au-dessus et en arrière de l'angle de réunion des deux lèvres de l'incision. Dans le but d'obvier à cet inconvénient, et de plus pour cacher la cicatrice du scrotum, M. Aumont conseille d'inciser les téguments sur la face postérieure de la tumeur; mais la nécessité de soulever et de tirailler le scrotum à chaque pansement afin de pouvoir déterger la plaie, et en outre la compression du suspensoir directement appliqué sur cette dernière, qu'elle a ainsi l'inconvénient d'irriter, ce qui empêche presque infailliblement la réunion immédiate, décidèrent les chirurgiens à rejeter ce procédé, pour se rattacher presque exclusivement à celui que nous avons d'abord indiqué, et qui, modifié ainsi que le voulait Lisfranc, rend l'écoulement du pus on ne peut plus facile. Cette modification, que les auteurs même les plus modernes ont eu le tort de ne pas mentionner dans leurs livres, est on ne peut plus simple : au lieu d'arrêter l'incision des téguments à la partie la plus déclive de la tumeur, ainsi qu'on le recommande généralement, elle consiste à la prolonger dans l'étendue de quatre à cinq centimètres, en remontant en arrière sur la face postérieure : de cette façon on n'a pas à craindre de voir la rétraction des enveloppes du scrotum déterminer à sa partie inférieure une sorte de cul-de-sac où le pus a de la tendance à s'accumuler, si bien que l'on est quelquefois obligé d'y pratiquer une contre-ouverture. Mais quelque satisfaisant que soit le résultat obtenu par le procédé ordinaire de

castration modifié ainsi que nous l'avons dit, il y avait cependant encore lieu à se demander si l'on ne pouvait pas mieux faire. Cette question, que s'est posée M. Jobert, lui a suggéré l'idée d'un nouveau procédé que nous soumettons à nos lecteurs dans l'observation suivante.

Obs. Ire. Un homme, âgé de trente-cinq ans, entra, le 10 janvier, à l'hôpital Saint-Louis. Il porte, dans le côté droit du scrotum, une tumeur dont l'origine remonte à six mois seulement : cette tumeur, spontanément survenue et dont l'accroissement a été rapide et presque complètement indolore, a aujourd'hui le volume du poing ; régulière, sans bosselures, elle n'offre ni fluctuations, ni rénitence ; non transparente, presque insensible à la pression, elle est sillonnée à sa surface par des veines notablement dilatées ; les téguments sont mobiles.

En présence d'une semblable tumeur, il importe, avant tout, de poser le diagnostic, car c'est lui seul qui doit éclairer le chirurgien dans la détermination qu'il va prendre. Or, voici une tumeur solide et que l'appréciation de son poids ne permet nullement de confondre avec l'une de ces hydrocèles à parois épaisses et complétement opaques ; d'autre part, elle s'est développée sans avoir été provoquée par aucune violence extérieure ; il n'y a eu ni chute, ni coups, ni aucun froissement exercé sur le scrotum ; il n'est donc pas probable qu'elle soit produite par un épanchement sanguin qui ne s'observe pas, en général, sur un sujet jeune et vigoureux, sans l'intervention d'une cause extérieure et directe ; on n'a donc pas affaire ici à une hématocèle, c'est-à-dire à la seule tumeur qui pourrait donner lieu à un doute rationnel. Tenant compte des circonstances qui viennent d'être signalées, du mode d'invasion de la tumeur, de son développement rapide et uniforme, de la dilatation variqueuse des veines à sa surface, et enfin de l'âge du sujet, on dut croire qu'il s'agissait ici d'une tumeur encéphaloïde du testicule : telle fut l'opinion de M. Jobert, qui pense qu'en pareil cas, pour établir d'une manière plus positive le diagnostic, on doit toujours pratiquer dans l'épaisseur de la tumeur une ponction à l'aide d'un trocart. Il fit donc cette ponction, qui eut pour résultat de provoquer l'écoulement de quelques gouttes de sang par la canule de l'instrument, et par la petite plaie même des téguments quand la canule fut retirée. Le chirurgien de Saint-Louis attache une grande importance à ce signe qu'il regarde comme caractéristique du cancer encéphaloïde ; peut-être même qu'il lui reconnaît une valeur un peu trop absolue. En conséquence du diagnostic porté, il se détermina à pratiquer la castration par le procédé que nous allons décrire d'après l'exposé que lui-même en a fait :

Un aide maintient fortement relevé le testicule du côté opposé ; placé à la droite du malade, le chirurgien pratique, sur la partie latérale droite de la tumeur, une incision qui, arrivée à la partie la plus déclive, est continuée

sur le côté gauche, décrivant ainsi une courbe à convexité inférieure. A gauche, l'incision ne doit pas remonter aussi haut que du côté droit, autrement on s'exposerait à léser la cloison vaginale. Cette incision, qui a exactement la forme de la tumeur qu'elle circonscrit, divise toutes les tuniques du scrotum jusqu'au testicule, et après que la dissection a été faite, on obtient deux lambeaux, l'un antérieur, et l'autre postérieur, qui s'adaptent entre eux comme les deux valves d'une coquille, en s'affrontant exactement par leurs bords dès que le testicule a été enlevé. La dissection des lambeaux, taillés largement, comme on a pu le voir, est très-facile et excessivement prompte; on arrive ensuite presque immédiatement sur lo pédicule de la tumeur, c'est-à-dire sur le cordon spermatique.

Comment doit procéder le chirurgien pour la section de celui-ci? fera-t-il la ligature en masse des éléments qui le constituent avant de le couper ? devra-t-il au contraire le couper, puis lier isolément les artères spermatiques? et en supposant qu'il agisse de la sorte, que deviendra le cordon ? se rétractera-t-il au point de pouvoir être ensuite difficilement saisi et de donner lieu à une hémorrhagie qui dès lors serait fort à redouter ? Ce sont là autant de questions sur lesquelles il importe, en pratique, d'avoir une opinion bien arrêtée, car ce n'est pas au moment d'agir, et moins encore lorsque l'action est engagée, que le chirurgien doit délibérer. Disons donc, en premier lieu, que des faits nombreux attestent qu'on a beaucoup exagéré le danger de la rétraction du cordon : en effet, si la tumeur du testicule n'est pas très-volumineuse; si, par conséquent, le cordon n'a été soumis qu'à des tiraillements modérés, il est rare qu'après avoir été coupé, il s'éloigne beaucoup de l'orifice inférieur du canal inguinal ; le plus souvent même il reste à l'extérieur et au-dessous de lui, auxquels cas on peut toujours le trouver aisément. Nous rappellerons que Lisfranc, dans le but de prévenir cette rétraction, voulait que l'opérateur, avant d'en pratiquer la section, le saisît le plus haut possible avec le pouce et l'index de la main gauche. M. Jobert atteint le même résultat par un moyen différent et tout aussi sûr, que Bichat a le premier mis en usage : il coupe par plusieurs petits coups le cordon spermatique, dont il lie chaque artère au fur et à mesure qu'elles sont ouvertes : les vaisseaux qui entrent dans la composition du cordon se trouvent ainsi liés avant que le conduit déférent ait été coupé, et alors sa rétraction n'est plus à craindre, puisque toutes les sources d'hémorrhagie ont été préalablement interceptées. Cette manière d'agir nous semble bien préférable à la ligature en masse du cordon : plus expéditive, sans doute, cette dernière a un double inconvénient ; d'abord elle est très-douloureuse, et on sait que M. Bégin a cité l'observation d'un homme qui succomba aux suites d'un tétanos survenu consécutivement à une semblable ligature du cordon spermatique ; l'autre inconvénient résulte de la présence du fil et des tissus qu'il em-

brasse pendant un temps souvent fort long à l'angle supérieur de la plaie. Ces tissus mortifiés entretiennent une irritation permanente qui retarde la cicatrisation de la plaie en empêchant la réunion immédiate. Le même inconvénient n'est pas à craindre quand on lie les artères isolément.

Chez le malade opéré par M. Jobert, les deux lambeaux furent maintenus en contact, au moyen de plusieurs points de suture entortillée, et on fit un pansement simple.

Les jours suivants, il survint un peu d'œdème, qui ne tarda pas à se dissiper : la réunion des lambeaux marcha rapidement, si bien qu'au bout de huit jours, elle était achevée dans la plus grande partie de leur étendue.

—Le service chirurgical de M. Jobert nous a encore fourni l'occasion d'apprécier un autre procédé opératoire qu'il propose de mettre en usage pour l'extirpation des tumeurs graisseuses. On verra par l'observation qui suit comment ce procédé, qui est vraiment remarquable par la célérité de l'exécution et l'excellence du résultat qu'il donne, renverse toutes les règles opératoires invariablement prescrites dans les cas semblables, pour y substituer des indications nouvelles et réellement avantageuses.

Obs. II. Une femme, âgée de trente-quatre ans, entra le 12 février 1848 à l'hôpital Saint-Louis. Douée d'une forte constitution et toujours bien portante, elle présente à l'épaule droite une tumeur avec les caractères suivants : sa forme est sphérique ; elle a le volume de la tête d'un enfant ; située au-dessous de l'épine de l'omoplate, elle occupe toute la fosse sous-épineuse ; elle a débuté, il y a six ans, sans cause appréciable ; la malade ne porte pas habituellement de fardeaux ; c'est surtout depuis deux années que cette tumeur a pris beaucoup d'accroissement. Elle ne cause actuellement aucune douleur, les mouvements de l'épaule et du bras sont seulement un peu gênés ; la peau est mobile, elle a conservé sa coloration normale. La tumeur est molle, élastique, sans fluctuation, et sans aucun battement provenant de la présence d'artères développées extraordinairement. M. Jobert diagnostique l'existence d'un lipôme, et il l'extirpe de la manière suivante, le 15 février.

Il plonge à la base de la tumeur, qu'il traverse de part en part dans le sens de son diamètre vertical, un petit couteau interosseux ; cela fait, il imprime à la lame, qui avait été introduite à plat, un mouvement de rotation, par suite duquel elle se trouve être de champ ; il fait ensuite manœuvrer le couteau des parties profondes vers les téguments. La tumeur se trouva de la sorte coupée en deux moitiés latérales, qui furent extraites avec la plus grande facilité par énucléation. Il s'écoula très-peu de sang, il ne fut besoin d'appliquer que trois ligatures ; les deux bords de la plaie, qui avait une longueur de 14 centimètres, furent rapprochés au moyen de cinq points de suture ; cette dernière fut recouverte de morceaux d'agaric enduit de cérat. Ces points de suture furent successivement enlevés dans les

trois jours qui suivirent l'opération. Le recollement des lambeaux est complet à la partie inférieure, mais il s'écoule par l'angle supérieur de la plaie une assez grande quantité de pus; des pressions convenablement faites empêchèrent la matière purulente de séjourner dans la plaie, et dès le 17 février, celle-ci était presque complétement cicatrisée.

On comprend que, pour attaquer une tumeur par ce procédé tout à fait insolite, il importe d'être bien fixé sur la nature des éléments qui la constituent. Or, dans le cas dont il s'agit, il n'existait, au point de vue du diagnostic, aucun doute dans l'esprit du chirurgien; et on sait, en effet, qu'un lipôme non dégénéré, non ramolli, est, en général, assez facilement reconnaissable. L'incision de la tumeur, dirigée ainsi des parties profondes vers la surface extérieure, divise l'enveloppe cellulo-fibreuse qui contient le tissu morbide; celui-ci, cessant alors d'être enkysté, tend à s'échapper à droite et à gauche de la division comme par une sorte d'épanouissement.

Le procédé en question permet en outre de bien saisir la ligne de démarcation tracée par cette membrane d'enveloppe entre le tissu cellulaire sous-cutané et celui qui constitue le lipôme. On peut ainsi enlever plus complétement celui-ci sans toucher au premier ; tandis que, par le procédé ordinaire, le chirurgien, dans l'impossibilité de distinguer l'un de l'autre, dissèque presque toujours le tissu cellulaire sain, qu'il comprend dans la tumeur et qu'il emporte avec elle.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nous donnons la suite des formules rapportées de Prusse par M. Van den Corput. Nul doute que l'expérimentation clinique à laquelle elles seront soumises ne consacre la valeur thérapeutique qui leur est assignée par ce jeune médecin. L'essai que nous avons tenté du *benzoate d'ammoniaque liquide*, dont nous avons publié la formule dans notre dernière livraison, nous permet de le supposer.

SULFURE DOUBLE D'ANTIMOINE ET DE SODIUM.

On prépare ce sel en introduisant dans un creuset de Hesse, chauffé au rouge, un mélange intime des substances suivantes réduites en poudre fine :

Sulfate sodique effleuri. . . 8 parties.
Sulfure d'antimoine.. . . . 6 —
Charbon végétal. . . . . . 3 —

On recouvre le vase d'une brique ; puis, quand la masse fluidifiée cesse de produire de l'écume, et qu'on juge le sulfate suffisamment réduit, on

soumet le contenu du creuset à l'ébullition dans une capsule de porcelaine, avec une partie de soufre et quantité convenable d'eau distillée. La liqueur refroidie et filtrée est ensuite abandonnée à la cristallisation, qui fournit au bout de quelque temps des tétraèdres incolores ou faiblement jaunâtres, d'une saveur saline piquante, laissant un arrière-goût hépatico-métallique.

Ce sel est insoluble dans l'alcool, mais soluble dans trois parties d'eau froide.

Sa composition élémentaire est : $3\ N_2\ S + Sb\ S^5 + 18\ H\ O$.

On a substitué avec avantage son emploi à celui du kermès minéral.

Nous devons faire quelques remarques sur ce produit antimonial. On le trouve indiqué dans la Pharmacopée de Pfaff, sous les noms de *Natrium sulphureto-stibiatum, sulphuretum natrii et stibii,* mais avec les modifications que voici :

Sulfate de soude effleuri. .	4 parties.
Antimoine cru	2 —
Charbon végétal	1 —

Réduisez le mélange en poudre et faites rougir celle-ci dans un creuset couvert, jusqu'à ce que la masse coule comme de l'huile ; versez alors dans un mortier de pierre ; après le refroidissement et la pulvérisation, ajoutez l'octuple d'eau distillée ; faites bouillir, puis laissez reposer pendant une semaine ; décantez, filtrez, évaporez, laissez cristalliser et purifier les cristaux par une seconde opération semblable.

Le *savon antimonial* ou *stibié*, la *teinture antimoniale de Jacobi* ou *soufre doré liquide*, que l'on trouve indiqués dans quelques pharmacopées, entre autres dans l'*Officine*, ont pour base active le sulfure d'antimoine et de sodium, qui s'y forme indirectement.

Le sulfure d'antimoine et de sodium, en raison de sa solubilité dans l'eau, a sur le kermès minéral dont il partage les propriétés et auquel il est même supérieur, s'il faut en croire M. Vanden Corput, a sur ce dernier, disons-nous, l'avantage incontestable de ne pas former dépôt dans les potions dans lesquelles on le fait entrer. Il serait à désirer que les praticiens se missent à expérimenter ce produit nouveau pour la matière médicale française, afin d'être fixés sur sa valeur thérapeutique.

Massa pilularum armeniensum.

Baume de copahu. . . . . Q. V.

Evaporez au bain-marie en consistance emplastique, ajoutez ensuite pour 32 grammes de résidu.

Magnésie calcinée. . . . . 2 grammes.

Quand la masse est à peu près solifiée, introduisez-y :

Poudre de cubèbes. . . . . 10 grammes.
Bol d'Arménie. . . . . 10 grammes.

Faites une masse pilulaire, que vous diviserez en pilules de 40 centigrammes, et que vous roulerez dans la terre d'Arménie.

Cette préparation, que l'on peut considérer comme un copahivate de magnésie et de fer cubébé, doit être efficace dans le traitement de la blennorrhagie. Seulement, comme la poudre de bol d'Arménie dans laquelle on la roule est peu propre à en masquer l'odeur, il serait plus convenable de faire gélatiniser, et mieux encore dragéifier les pilules.

Unguentum martiale.

Solution aq. d'azotate ferrique à 1/20. . . . . 8 grammes.
Aloès pulvérisé. . . . . Q. S.

pour obtenir une masse de consistance onguentaire.

Contre les végétations syphilitiques, les chancres phagédéniques.

Ferrocyanure de potassium et de zinc.

Sulfate zincique pur. . . . . 64 grammes.

Dissolvez ce sel dans :

Eau distillée. . . . . 2,200 grammes.

Traitez la liqueur filtrée en agitant continuellement par une solution de cyanure ferroso-potassique dans :

Eau distillée. . . . . 320 grammes.

Recueillez sur un filtre le précipité qui se sera formé, lavez-le à l'eau distillée, puis séchez-le à une douce chaleur. Le produit est une poudre blanche, inodore et insipide dont la composition élémentaire est : (KCy + 3Zn Cy) + 2 Fe Cy + 6 HO.

Usages thérapeutiques. Affections nerveuses, crampes d'estomac, épilepsie, chorée; administré à la dose de 10 centigrammes sous forme pilulaire.

Aucune pharmacopée, à notre connaissance, n'indique cette préparation. Nous sommes disposés à croire à son efficacité dans les cas désignés ci-dessus, quelques préparations cyaniques et zinciques réussissant contre les névralgies. Cependant son expérimentation clinique est à faire en France.

Oleum chamomillæ terebenthinatum.

Fleurs récentes de camomille vulgaire légèrement séchées 15,000 grammes.

Réduisez-les en pulpe ténue par l'intermédiaire d'une quantité suffisante d'eau commune ; ajoutez :

Essence de térébenthine. . . . . 125 grammes.

Introduisez le tout dans un appareil distillatoire disposé de manière

que la masse puisse se pénétrer de vapeur d'eau et que la distillation s'opère au moyen de ce véhicule ; séparez l'huile obtenue de l'eau qui a passé avec elle, et filtrez avec précaution.

Le produit sera bleu clair.

En frictions contre certaines affections arthritiques. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ENCORE UN MOT SUR LA QUESTION DES FIÈVRES CONTINUES.

« En médecine, comme en beaucoup d'autres sciences,
« on est souvent la dupe des mots. »

C'est avec un vif intérêt que j'ai lu les réflexions du docteur Davasse sur la fièvre typhoïde, à l'occasion des fièvres continues et de la fièvre synoque en particulier. Elles viennent corroborer mon opinion sur l'abus que l'on fait du mot typhoïde appliqué à tous les cas de pyrexie, et cette opinion, je l'ai exprimée depuis longtemps.

Je ne reproduirai point mot à mot mes observations critiques sur les fièvres dites typhoïdes, quoiqu'elles n'aient pas été publiées ; mais je rappellerai néanmoins les principaux documents à l'aide desquels j'ai cru devoir blâmer une théorie dont l'application exclusive devait avoir de fâcheuses conséquences pour le traitement des fiévreux atteints de maladies différentes, outre qu'elle pouvait produire de funestes effets sur l'esprit public par la frayeur que l'existence des fièvres typhoïdes occasionne généralement. Oui, la peur du mal est souvent pire que le mal même.

Aujourd'hui les mots grippe et fièvre typhoïde sont dans la bouche de tout le monde ; et cela parce que la plupart des praticiens voient partout ces affections. Pour la première, une erreur de diagnostic n'est pas effrayante, mais il n'en est pas de même à l'égard de la seconde, car en confondant les divers états fébriles sous le titre générique de fièvre typhoïde, on s'expose à se fourvoyer, et par conséquent à compromettre la vie des malheureux malades.

Pourquoi donc ne pas mieux s'entendre sur la question tant débattue des fièvres continues ? Parce que nous ne savons pas, dans une doctrine, faire convenablement la part de la vérité et celle de l'erreur. Selon quelques médecins, toutes les fièvres d'autrefois ne sont que des variétés de la fièvre typhoïde. D'autres, au contraire, prétendent que cette fièvre n'est qu'une chimère, et qu'il y a confusion dans l'esprit de nos pyrétologistes modernes en voulant changer les anciennes dénominations. Finalement, après un mûr examen de tout ce qui a été dit

pour et contre, on voit qu'il existe toujours de l'incertitude parmi les auteurs relativement au diagnostic des maladies qui présentent de l'analogie avec la fièvre typhoïde, mais qui en diffèrent assez pour ne pas devoir porter le même nom. Le point capital alors est de bien établir le diagnostic différentiel des fièvres, afin de leur opposer un traitement approprié à chaque espèce.

Voilà encore une nouvelle source de difficultés. En effet, les défenseurs de la fièvre typhoïde sont loin d'être d'accord sur les moyens thérapeutiques à employer. Les uns, à la tête desquels se trouve M. de Larroque, attribuent à l'altération de la bile les accidents typhoïdes; et, d'après cet aphorisme, *sublatâ causâ tollitur effectus,* rien ne leur semble mieux prouvé que l'action des vomitifs et des purgatifs pour combattre toutes les formes de la fièvre typhoïde. Le météorisme du ventre n'est pas une contre-indication à leur emploi, malgré le reproche qu'on fait aux médecins de l'hôpital Necker, d'avoir trop généralisé les phénomènes de la fièvre typhoïde.

D'un autre côté, M. Serres, envisageant cette affection, qu'il nomme fièvre entéro-mésentérique, sous le double point de vue de l'éruption intestinale et de l'altération du sang, a adopté une nouvelle thérapeutique dans l'administration intérieure du sulfure noir de mercure à doses purgatives, avec addition de frictions ou d'onctions faites sur l'abdomen avec de l'onguent napolitain. Au dire de ce médecin, les préparations mercurielles, par leur action spéciale, sont au-dessus des purgatifs ordinaires. C'est aussi l'avis de M. Lafont-Gouzé, professeur à l'École de médecine de Toulouse, qui prétend même avoir conseillé le premier les purgatifs mercuriels, le mercure doux, dans le traitement curatif et préservatif des fièvres typhoïdes.

Mais la question de priorité ne s'arrête pas là. M. Cornay, qui ne regarde pas cette maladie comme une affection éruptive de l'intestin, a adressé à la même Académie une note en faveur de la médication tonique, non-seulement dans la période adynamique, mais encore dans la période fébrile et inflammatoire. Du reste, je connais des confrères qui m'ont assuré qu'ils traitaient la plupart des typhoïdes par le sulfate de quinine surtout, et qu'ils réussissaient mieux que par la méthode des évacuants. Quant au traitement antiphlogistique, il a toujours de nombreux partisans, et ce n'est pas étonnant, à cause des symptômes de nature inflammatoire qui se manifestent ordinairement au début des maladies fébriles. Ajoutons que pour combattre l'élément nerveux que l'on observe dans le cours de la pyrexie, on a recours quelquefois avec avantage au musc et à l'opium.

Tel est l'ensemble des diverses médications dont l'influence salu-

taire a prouvé que l'on pouvait et qu'on devait, dans toutes les maladies, employer des remèdes différents. Car, en définitive, le meilleur traitement est celui qui guérit *citò, tutò et jucundè.*

Voyons maintenant ce qu'une pratique de trente années nous a appris à connaître sur les fièvres que l'on appelle improprement typhoïdes. En effet, nous ne pouvons regarder comme telles des affections qui offrent une immense différence dans leurs symptômes ; ainsi, à mes yeux, un fiévreux n'est pas toujours un typhoïde ; il faut qu'il réunisse les signes caractéristiques de la maladie dont j'ai vu naguère encore une bonne description d'après M. Bouillaud. En l'absence de ces signes, appartenant à la symptomatologie des fièvres graves, cet habile médecin et savant professeur pense qu'on doit s'abstenir de diagnostiquer une fièvre ou une affection typhoïde, comme le font certains praticiens qui soutiennent que c'est la même maladie à des degrés divers. Qu'il y ait des cas douteux, soit ; mais cela ne veut pas dire qu'il faille comprendre dans la catégorie des fièvres typhoïdes les maladies fébriles que nous connaissons tous sous les noms de fièvres *angioténique, bilieuse*, *muqueuse*, *gastro-entérite*, etc.

J'insiste sur cette distinction, parce que son utilité pratique est journalière, et qu'une erreur de diagnostic entraîne une erreur de thérapeutique. Bref, je trouve que l'étiologie et la symptomatologie de la fièvre typhoïde laissent encore beaucoup à désirer, pour pouvoir déterminer d'une manière précise ce qu'il faut entendre par fièvre typhoïde, et savoir à quoi s'en tenir sur le meilleur mode de traitement à lui appliquer.

Dans ma pratique, il m'est arrivé mainte fois de faire avorter une maladie qui menaçait de devenir sérieuse, en combattant les symptômes gastriques, ou par un vomitif seul, ou par un éméto-cathartique, et j'ai obtenu aussi de bons résultats de la saignée générale, ainsi que des saignées locales sur les parois abdominales et à l'anus, lorsqu'il s'est agi d'une inflammation gastro-intestinale, soit comme cause, soit comme effet de la présence de la bile dans les voies digestives ; et certes je n'ai pas cru traiter une affection typhoïde. Mais, dans d'autres circonstances, malgré le traitement le plus rationnel, j'ai observé les formes putride et ataxique, et dès lors j'ai cru avoir affaire à cette cruelle affection, contre laquelle j'ai dirigé des moyens qui étaient commandés par les symptômes dominants... Malheureusement les expériences cliniques ne nous instruisent pas toujours bien sur le choix des meilleurs remèdes, car chaque médecin préconise le sien au détriment des autres, en sorte que le praticien peu expérimenté craint de s'engager dans une fausse voie. C'est pourtant de cet examen, qui a

pour objet de constater l'efficacité des diverses médications, que naît la médecine dite rationnelle. La science des indications et l'opportunité d'agir constituent également une bonne médecine. En compensation, il est heureux pour l'humanité que la nature vienne en aide au praticien pour qu'il puisse guérir ses malades par des moyens tout opposés. Cette puissance de la nature est telle que la médecine expectante compte aussi des succès. Enfin, il est certain que, terme moyen, il meurt de la fièvre typhoïde *réelle* un tiers, sinon moitié des malades.

Au reste, il ne m'est pas prouvé qu'elle soit contagieuse ni qu'elle n'atteigne qu'une seule fois les mêmes individus, et c'est à peine si l'on peut dire qu'elle a pris le caractère épidémique dans la contrée où j'exerce. Quelques cas isolés se manifestent chaque année, et quand plusieurs personnes en sont atteintes, cela a lieu sous l'influence de la constitution atmosphérique alors existante. Je serais, en outre, disposé à admettre que, dans certaines conditions idiosyncrasiques, elle peut aussi se produire par imitation, tant est grande l'influence du moral sur le physique, *et vice versâ.*

En terminant, je n'ai à exprimer qu'un regret, c'est que ce travail ne soit pas plus complet. Mais, tel qu'il est, j'espère qu'il sera bien accueilli par le public médical. D'ailleurs, si je me suis trompé, c'est de bonne foi, et dès lors je suis résigné à subir les conséquences de la publicité, car quiconque écrit pour le public doit s'attendre à être critiqué. N'est-ce pas du choc des opinions que jaillit la lumière? Or, *fiat lux!*

DELAPORTE,
Membre correspondant de l'Académie de médecine,
à Vimoutiers (Orne).

DE L'USAGE DES LAVEMENTS DE TABAC POUR SOLLICITER LES VOMISSEMENTS, DANS LES CAS DE CORPS ÉTRANGERS ARRÊTÉS FORT AVANT DANS L'OESOPHAGE.

Lisant assidûment votre bien estimable journal, j'y ai trouvé des observations sur l'emploi médical du tabac. Les unes sont pour, les autres contre son usage. Je pense qu'il en est de ce médicament comme de tant d'autres, dont l'opportunité fait toute la valeur. Dans une pratique de près de trente-trois ans, j'ai eu occasion de faire plusieurs observations sur l'emploi de cette substance, et je n'ai jamais eu lieu de lui faire aucun reproche. Je me contenterai de vous faire part de deux cas où ce médicament m'a parfaitement réussi pour expulser des corps engagés dans le pharynx ou dans l'œsophage.

Il y a déjà plusieurs années qu'il me fut amené du village de Toisac, près Rhodez, une femme, âgée de plus de soixante-dix ans, qui, en man-

geant sa soupe aux choux, avait avalé une couenne de lard qui s'était tellement engagée qu'elle ne pouvait pas avaler une goutte de liquide. Voyant que les moyens mécaniques pour solliciter les vomissements ne réussissaient pas plus que les bougies élastiques pour pousser cette couenne, je pensai à l'administration d'un remède qui, pris en lavement, pût solliciter des vomissements. Mes vues se portèrent sur le tabac. De suite j'ordonnai à la malade un lavement avec quinze grammes de cette feuille. Son administration fut accompagnée de beaucoup de trouble, d'angoisses et même de lypothimie ; mais bientôt des vomissements arrivèrent, la couenne fut rejetée, et la malade put repartir le lendemain à pied.

Peu d'années après, je fus prié de venir en toute hâte au secours de N..., au village de Bazaguet, qui, comme l'autre, en mangeant la soupe, avait avalé un fragment d'os. Ne pouvant partir de suite, j'ordonnai le même lavement. L'effet fut le même ; seulement les vomissements, quoique considérables, n'amenèrent pas autant de trouble.

Je sais bien qu'il ne serait pas prudent, dans tous les cas, d'employer le même remède. Aussi ai-je parlé de l'opportunité ; et qui peut l'apprécier, si ce n'est un praticien expérimenté ?

J'ai cru devoir vous faire part de ces deux observations. Si vous croyez que leur connaissance puisse être de quelque utilité à mes confrères, je vous prie de les insérer dans votre *Bulletin*.

MARION, D. M.
à Rhodez (Aveyron).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies de l'oreille par le Dr GUILL. KRAMER, *de Berlin, traduit de l'allemand, avec des notes et des additions nombreuses, par le* Dr P. MÉNIÈRE, *médecin de l'Institut des Sourds-Muets, etc.; Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine,* 17. — 1848.

De toutes les spécialités médicales, la spécialité des maladies de l'oreille est, sans contredit, celle à laquelle les praticiens et médecins, dits encyclopédistes, sont restés jusqu'ici le plus étrangers ; et c'est aussi de toutes la plus pauvre en traités monographiques. A peine comptait-on en France deux traités complets des maladies de l'oreille, dont un remonte à plus de vingt-cinq ans, lorsque le docteur Kramer, de Berlin, qui, comme tout le monde le sait, s'est placé par ses travaux spéciaux au premier rang parmi les otologistes de notre époque, publia le résultat de ses nombreuses recherches. C'est donc une bonne fortune pour

nous d'annoncer à nos lecteurs la publication d'une traduction nouvelle des œuvres de Kramer.

Le traité des maladies de l'oreille de Kramer se compose : 1° d'une introduction historique dans laquelle il passe en revue les divers travaux modernes et apprécie l'état actuel de la science sur ce sujet ; 2° de notions générales comprenant l'anatomie et la physiologie de l'appareil de l'audition, la prophylactique, la symptomatologie, l'étiologie, le pronostic et le traitement, en un mot, une sorte de petit traité de pathologie générale de l'oreille ; 3° de la classification et de la description de toutes les maladies de cet appareil. Cette dernière partie, la plus étendue et la plus importante du livre, comprend six chapitres, dont le premier est consacré aux maladies de l'oreille externe ; le second aux maladies de l'oreille moyenne ; le troisième aux maladies de l'oreille interne ; le quatrième chapitre traite du degré de curabilité des maladies de l'oreille ; le cinquième est consacré à des considérations sur la physiologie de l'oreille humaine, et sur l'influence qu'exercent les lésions de l'oreille sur l'audition ; le sixième enfin a pour objet l'histoire de la surdi-mutité.

On peut voir de suite, d'après ce rapide énoncé des têtes de chapitre, que la classification de l'auteur repose sur les bases les plus simples, l'ordre topographique des parties constituantes de l'oreille. Le principe de cette classification serait assurément très-discutable ; parmi les reproches nombreux qu'on pourrait lui adresser, l'un des plus graves est de ne tenir aucun compte, en apparence, du lien qui rattache souvent les lésions de l'audition à des affections générales ou concomitantes, dont elles ne sont qu'un symptôme ou un épiphénomène, et de ne conclure qu'à une thérapeutique locale, étroite et restreinte. Nous devons ajouter toutefois que ce défaut est plus apparent que réel ; car si la désignation même des diverses maladies dont l'oreille est le siége semble indiquer que l'auteur n'aurait été exclusivement préoccupé que des lésions de texture ramenées la plupart à un seul type, l'inflammation, il est vrai de dire qu'à la lecture on ne tarde pas à se convaincre qu'aucun des aspects divers sous lesquels ces maladies peuvent être envisagées n'a été négligé. Il y a donc là plutôt un défaut de méthode qu'un vice réel de principe.

On comprend qu'il nous serait difficile de suivre pas à pas l'auteur dans les nombreux détails de diagnostic, de moyens d'exploration et d'analyses thérapeutiques que renferme cet ouvrage. A peine pourrons-nous indiquer çà et là quelques faits ou aperçus nouveaux, quelques points sur lesquels l'auteur relève des erreurs généralement accréditées, ou émet des opinions différentes de celles qui ont cours dans la

science. Par exemple, pour nous borner à ce qui concerne le traitement, la perforation du tympan, tant vantée pendant longtemps comme une sorte de panacée contre toutes sortes de surdités, est appréciée par l'auteur, non d'après de vagues théories, mais d'après une masse de faits cliniques, à sa juste et stricte valeur, c'est-à-dire comme une ressource extrême, applicable seulement aux cas très-rares où la membrane du tympan serait d'une épaisseur et d'une consistance considérables, et tout à fait insensible au contact de la sonde, et où l'audition serait affaiblie dans les deux oreilles en même temps. On voit combien l'indication de cette opération se trouve restreinte.

Contrairement à la manière d'agir d'un grand nombre d'otologistes, l'auteur préconise le traitement local, presque à l'exclusion des médications dites générales, c'est-à-dire s'adressant à l'ensemble de l'organisme. Ainsi il repousse, du moins dans la majorité des cas, l'usage des purgatifs, des exutoires, pour donner la préférence aux médications topiques. Aussi les injections jouent-elles un grand rôle dans la thérapeutique de M. Kramer, et parmi celles qu'il recommande plus particulièrement contre l'inflammation du conduit auditif, il accorde la préférence à la solution d'acétate de plomb.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache est l'un des points pratiques sur lesquels l'auteur insiste avec le plus de détails. Tout le monde n'approuvera pas sans doute l'option exclusive qu'il fait en faveur des cathéters solides.

La surdité nerveuse est l'une des affections de l'oreille contre lesquelles on a préconisé le plus grand nombre de moyens thérapeutiques. L'auteur ne reconnaît guère ici, comme dans toutes les autres affections de cet organe, qu'un seul mode de traitement valable, le traitement local. Ce traitement consiste en injections aériformes dans l'oreille moyenne, d'après le procédé d'Itard; injections dont la nature varie suivant les circonstances, mais le plus souvent composées de vapeurs d'éther, de décoctions de belladone ou de jusquiame.

L'expérience consommée du docteur Kramer, sa vaste érudition, la justesse d'esprit dont il fournit tant de preuves dans cet ouvrage, donnent assurément une grande autorité à toutes ses propositions. Néanmoins, comme il n'est donné ni à l'expérience d'un seul homme, ni à son jugement, si vaste et si droit soient-ils, de tout voir, de tout apprécier dans les strictes mesures de la vérité, les praticiens trouveront peut-être plus d'une assertion contestable, plus d'un fait à vérifier ou à rectifier. Cette tâche appartenait surtout et de plein droit au savant et habile traducteur, qui, en s'effaçant modestement derrière l'œuvre de Kramer, n'a pas entièrement abdiqué le droit de critique qui lui était

si bien acquis par sa propre expérience. Aussi lira-t-on avec un grand intérêt les annotations et les additions nombreuses annexées à chaque chapitre, et dans lesquelles M. Ménière a tantôt appuyé de sa propre autorité, tantôt contrôlé les propositions de l'auteur. Grâce à ce système d'annotations, le traité des maladies de l'oreille de Kramer peut être considéré, à juste titre, comme le livre le plus complet, le plus pratique et le plus au courant de l'état actuel de la science sur ce sujet.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ADANSONIA DIGITATA (*écorce d') comme fébrifuge.* M. Duchassaing, médecin à la Guadeloupe, conduit, par le prix exorbitant du sulfate de quinine, à chercher un autre remède contre les fièvres intermittentes dites paludéennes, si communes en ce pays, a eu l'idée d'employer l'écorce de l'*adansonia digitata*. Après de nombreuses expériences, il est arrivé à constater l'efficacité de ce médicament, qui est peu coûteux, d'une saveur agréable, sans action sur le système nerveux et propice aux fonctions digestives, en raison de son principe mucilagineux. Il l'a vu réussir dans plusieurs cas où les plus fortes doses de quinine étaient demeurées sans effet. Une once de cette écorce, ayant bouilli jusqu'à réduction d'un tiers dans un litre d'eau, suffit le plus souvent à la guérison de ces fièvres meurtrières.

Adanson, qui a donné son nom à cette plante, en avait déjà reconnu les propriétés fébrifuges; il l'avait employée sur lui-même avec succès, pour se préserver des fièvres du Sénégal.

Ce médicament pourrait être d'une grande utilité pour notre armée et notre colonie d'Afrique. Dans un moment surtout où la possibilité d'acclimatement des Européens en Afrique est plus que jamais mise en question par les ravages qu'exercent journellement les fièvres intermittentes dans les plaines de l'Algérie, ne serait il pas de la plus grande importance de posséder un médicament qui à l'avantage inappréciable de guérir, et mieux encore de prevenir les fièvres intermittentes, joint celui de l'abondance et du bon marché? L'essai de l'adansonia, plus que justifié déjà par les considérations qui précèdent, devrait d'autant plus être encouragé, que l'emploi de cette substance, s'il venait à se généraliser, nous délivrerait d'un impôt énorme que nous payons à l'étranger, en même temps qu'il deviendrait un article important de commerce pour notre colonie du Sénégal, si riche en *adansonia*.

L'auteur a mis un certain nombre d'échantillons de cette écorce entre les mains de M. Natalis Guillot pour en faire l'essai. Nous rendrons compte, s'il y a lieu, des expériences qui pourraient ultérieurement être faites. (*Compte-rendu des séances de l'Académie des sciences*, février 1848.)

CASÉUM (*Emploi du*) *comme moyen de parer aux inconvénients qui résultent de la gélatine dans la confection des capsules médicinales.* Frappé des inconvénients de l'emploi de la gélatine et des diverses substances qui servent à la confection des capsules médicinales, M. Jozeau a pensé que le caséum, déjà étudié par Braconnot, pourrait y parer. Il a reconnu, qu'employé en minces couches, le caséum, modifié par la chaleur, opposait une grande résistance à l'odeur la plus expansive, et qu'il jouissait, en outre, de l'avantage d'une parfaite digestibilité. Voici la formule de cette préparation.

On prend du caséum impur (fromage frais et maigre), on le plonge vingt minutes dans l'eau bouillante, on le presse fortement, on le dissout dans une quantité d'eau et d'ammoniaque suffisante pour obtenir un liquide sirupeux ; on ajoute un dixième de sucre, un dixième du poids du caséum, on fait évaporer jusqu'à siccité et on réduit en poudre.

Quand on veut capsuler des pilules, on delaye de cette poudre dans de l'eau, autant qu'il en faut pour faire

un mucilage épais; on mêle les pilules avec ce mucilage et on les jette dans la poudre; on réitère à deux ou trois couches, suivant l'intensité de l'odeur des pilules; seulement, au dernier mucilage, au lieu de les jeter dans la poudre, on les plonge dans de l'eau légèrement acidulée, on les retire après une minute d'immersion, et on les laisse sécher. La facilité avec laquelle s'exécute ce procédé permet d'en généraliser l'emploi. (*Journ. de Chimie*, mars 1848.)

DÉLIRE AIGU (*Du*) *et de sa valeur séméiotique*. Il est souvent fort difficile, dans la pratique, de déterminer de prime abord la valeur séméiologique du délire. On voit assez fréquemment chez les maniaques des symptômes d'une phlegmasie cérébrale très-intense se manifester tout à coup, puis cesser du jour au lendemain, sans qu'on ait eu recours à aucun moyen de traitement énergique. Il en est de même du délire simple qui, habituellement apyrétique, se complique quelquefois, exceptionnellement et d'une manière passagère, de fièvre. Quelle est la conduite que doit tenir le praticien en pareil cas? M. Rostan conseille de s'abstenir d'un diagnostic précis, vu qu'au bout d'un ou de deux jours d'expectation on aura des données suffisantes pour se prononcer. Toutefois, ajoute ce professeur, une erreur de diagnostic, dans cette circonstance, ne saurait avoir de conséquences fâcheuses, le traitement du délire simple à l'état aigu étant le même que celui de l'inflammation aiguë de l'encéphale.—Voici un exemple d'un de ces cas où le diagnostic pouvait être embarrassant au début, et dans lequel les renseignements ultérieurement recueillis et le résultat du traitement concoururent à lever toute incertitude.

Une femme de trente-deux ans entre dans le service de M. Rostan, pour une céphalalgie violente, avec éblouissements, tintements d'oreilles. La malade a perdu la connaissance; mais il n'y a aucune lésion de la sensibilité ni de la myotilité. Elle est agitée et a du délire pendant toute la nuit. On trouve le lendemain quatre-vingt-seize pulsations et vingt-six respirations, la langue est naturelle; quelques envies de vomir, mais sans vomissements; rien d'anormal du côté des mouvements et de la sensibilité. Cependant le délire a augmenté au point que l'on est obligé de mettre la camisole de force. M. Rostan pensa d'abord que l'attaque qu'avait cette femme pouvait bien n'être pas la première. Et, en effet, on apprit qu'elle en avait déjà eu deux analogues qui s'étaient dissipées en peu de jours. Il résultait de ces renseignements que son délire n'était point celui d'une phlegmasie cérébrale, comme eût pu le faire croire l'intensité du phénomène, mais probablement un simple délire provenant d'un état d'aliénation mentale. Le résultat du traitement vint à l'appui de cette hypothèse : il suffit, en effet, pour ramener la raison, de deux émissions sanguines, d'un purgatif et de quelques applications froides sur la tête. Quatre jours après, il n'existait plus aucun phénomène de trouble cérébral. (*Journal des Conn. médico-chirurg.*, avril 1848.)

DYSURIE *chez la femme, déterminée par la présence d'une tumeur fongueuse au col de la vessie*. Il n'est pas très-rare de voir des femmes affectées de fongosités autour du méat urinaire, fongosités qui ont pour effet de gêner l'excrétion des urines. Ici la cause de la dysurie est manifeste, elle saute aux yeux et ne permet aucune équivoque. Mais que ces fongosités siégent plus avant, dans l'intérieur du canal de l'urètre ou même sur le col de la vessie, les effets ne se borneront plus à la dysurie; en raison des connexions intimes des parties sur lesquelles siégent ces végétations avec les organes profonds de la génération, il en résultera des symptômes et des désordres fonctionnels qui, joints à l'obscurité de cette cause, pourront donner lieu aux plus grandes méprises sur l'origine réelle de ces désordres, et en imposer souvent pour une affection incurable, alors qu'il ne s'agit en réalité que d'une lésion facile à guérir. Il est donc de la plus grande importance d'être fixé sur l'existence possible de ces sortes de végétations internes et sur les signes auxquels on peut les reconnaître. Le fait suivant vient à l'appui de ces réflexions.

Dans le courant de janvier dernier M. Philippart fut consulté par une jeune fille de vingt-trois ans, pour une dysurie datant de huit ans. Les souffrances inouïes qu'elle

éprouvait depuis cette époque avaient altéré sa constitution. Elle avait été traitée par plusieurs médecins pour une affection nerveuse de la vessie; un autre avait diagnostiqué une affection de la matrice et l'avait traitée en conséquence. Voici les symptômes que constata M. Philippart :

La face, légèrement bouffie et d'un jaune-paille, annonçait la souffrance; la malade avait toujours eu bon appétit et digérait parfaitement. Elle n'avait jamais de fièvre, sinon les jours où les douleurs étaient plus fortes que de coutume; elle était bien réglée depuis sa dix-huitième année. Depuis huit ans, elle se plaignait d'une grande difficulté d'uriner. Ce ne fut que peu à peu qu'elle ressentit ces douleurs qui furent légères pendant les deux premières années. Actuellement, il lui était parfois impossible d'uriner; alors, en proie à des douleurs atroces, elle se roulait à terre de désespoir; l'urine sortait quelquefois par jet, pour s'arrêter tout à coup, et recommencer ensuite à couler.—Au premier abord M. Philippart crut avoir affaire à un calcul vésical. La malade, résolue à subir quelque opération que ce fût pour obtenir sa guérison, fut couchée sur le bord de son lit, les cuisses écartées. Le cathétérisme ne fournit aucun renseignement. Mais après avoir mis le méat urinaire à nu, l'opérateur aperçut une petite excroissance charnue, ayant la forme et la grosseur d'un grain d'avoine, qui passait d'une ligne environ en dehors de l'urètre. Il voulut saisir cette excroissance avec une pince à disséquer; mais à peine saisie par les mors, elle céda en donnant un peu de sang. Ayant cherché alors à introduire le petit doigt dans l'urètre, il y parvint et sentit aussitôt une petite tumeur implantée sur le col de la vessie. Le diagnostic sur la cause de la dysurie était dès lors établi. Une tumeur implantée sur la paroi postérieure du col de la vessie en obstruait l'ouverture. M. Philippart chercha à saisir cette tumeur avec une pince à disséquer; dès qu'il put se convaincre qu'elle était entre les mors de la pince, il l'attira doucement hors de l'urètre, et recommandant à la malade de faire des efforts d'expulsion. Ce moyen eut un plein succès. La tumeur, devenue apparente dans toute son étendue, fut enlevée d'un seul coup de ciseaux. La malade perdit du sang. L'hémorrhagie fut bientôt arrêtée au moyen d'une cautérisation profonde avec le nitrate d'argent. A dater de ce moment cette fille ne ressentit plus aucune douleur, et sa santé fut entièrement rétablie. (*Annales de la Société d'émul. de la Flandre occid.*, février 1848.)

FISTULE A L'ANUS (*Spéculum appliqué à l'opération de la*). Tous les chirurgiens savent que l'opération de la fistule à l'anus, telle qu'on la pratique généralement par incision, est quelquefois suivie de récidive de la maladie, et qu'il faut alors avoir recours à une nouvelle opération. Pour prévenir ces insuccès, qui dépendent le plus ordinairement de la manière vicieuse dont l'opération a été pratiquée, M. Hugnier a imaginé, pour pratiquer cette opération, de se servir du spéculum *ani.* Voici de quelle manière il procède :

Le spéculum qu'emploie M. Hugnier est bivalve; ses valves sont articulées par un de leurs côtés et libres par l'autre; au moyen d'un mécanisme très-simple, les deux lames s'écartent et laissent entre elles un intervalle. Ce côté de l'instrument est dirigé vers la partie malade du rectum, et on peut ainsi l'explorer avec toute liberté. Cet espace libre, laissé par le spéculum bivalve, permet de voir et de sentir l'extrémité du stylet quand on examine la fistule, ou de reconnaître la lame du bistouri lorsqu'on opère. Pendant l'incision des parties décollées, le spéculum étant en place, remplit encore une indication utile, celle de tendre les parties que l'on divise; enfin le pansement lui-même, toujours si important dans cette affection, est rendu plus facile et plus efficace. Le spéculum étant en place, les parties divisées sont naturellement distendues; par conséquent leur fond se rapproche davantage de leur surface, et permet le contact de la mèche avec toute l'étendue du trajet incisé.

Suivant M. Hugnier, l'emploi du spéculum rend l'opération plus sûre dans ses résultats, en permettant au chirurgien d'explorer avec toute facilité la surface malade, de s'assurer si l'intestin n'est pas décollé au-dessus de l'orifice interne de la fistule; s'il n'existe pas de fistules secondaires; et, en un mot, d'agir d'après les indications réelles de la maladie. Entre autres avantages que

M. Huguier reconnaît encore à ce procédé, il insiste surtout sur la plus grande facilité que donne ce procédé d'exciser ou de cautériser les parties qui paraissent susceptibles de rester rebelles à la cicatrisation.

M. Huguier a déjà pratiqué plusieurs fois l'opération en question à l'aide du nouveau moyen que nous venons d'indiquer. Pour en mieux faciliter l'intelligence, nous rapporterons l'une de ces opérations dont le succès en a le mieux justifié l'emploi :

Une jeune fille de dix-sept ans entra à l'hôpital de Lourcine, ayant une double fistule rectale, l'une complète, l'autre incomplète. Ces deux fistules étaient placées sur le côté gauche de la marge de l'anus.

La fistule complète avait son origine externe à deux ou trois lignes en dehors du sphincter de l'anus, son orifice interne s'ouvrait à un pouce, un pouce et demi au-dessus de l'orifice anal. La fistule incomplète, borgne du côté de l'anus, était située à quatre ou cinq lignes en dehors de la précédente et ne communiquait pas avec elle. M. Huguier se servit d'un spéculum *ani* à deux valves ; au moyen de cet instrument, l'opération fut rendue plus facile et plus sûre qu'au moyen du gorgeret. Le spéculum placé dans l'anus, une de ses rainures tournées en dehors du côté des fistules, une sonde cannelée fut introduite dans la première fistule, celle qui était le plus près du sphincter anal. On lit glisser la lame du bistouri, le tranchant tourné en dedans, le long de la rainure de la sonde ; il fut alors très-facile d'inciser avec le bistouri le pont cellulo-membraneux qui séparait le trajet de la fistule de l'orifice de l'anus. Le spéculum ayant distendu les parois du rectum, ces parois furent très-faciles à inciser. De plus, au moyen de l'ouverture du spéculum on suivait très-bien le progrès du bistouri, incisant du dehors en dedans. Le bistouri, en arrivant du côté du speculum, trouva la rainure de cet instrument, et, par ce moyen, put diviser entièrement la paroi du rectum correspondant au trajet fistuleux. — On incisa de la même manière la deuxième fistule qui se trouvait plus en dehors, ayant soin de faire tomber la deuxième incision dans la première. Cela fait, l'opérateur prit de longs ciseaux droits, et divisa la muqueuse décollée au delà de l'ouverture de la fistule dans l'anus ; de cette manière, l'incision n'offrit pas à sa partie supérieure ce cul-de-sac qui rend si souvent le pansement douloureux et retarde la guérison de la plaie. — Après l'opération, on introduisit une grosse mèche dans l'anus. La malade fut guérie au bout de six jours. (*Journ. des Conn. médic.-chirurg.*, avril 1848.)

LUXATION *de l'extrémité supérieure du radius, réduite deux ans et un mois après l'accident.* En donnant des soins à un enfant de neuf ans, atteint d'une varicelle, le docteur J. Stark reconnut, du côté du coude, un changement de forme qui semblait indiquer une fracture ou une luxation. Il apprit que deux ans auparavant cet enfant avait fait une chute du haut d'une table sur le coude droit, suivie d'une douleur vive, avec immobilité et gonflement de l'articulation. Les suites de cet accident ayant été negligées, l'enfant n'avait pu, depuis lors, se servir de son bras que très-incomplètement. Voici quel était l'état du membre : pronation de la main, supination très-difficile, extension de l'avant-bras gênée : dans ce mouvement, la tête du radius soulevait le tendon du biceps et faisait saillie au-devant de l'articulation du coude ; la flexion était arrêtée par la rencontre de la tête du radius et de la partie antérieure de l'humérus. A la partie postérieure externe de l'articulation du coude, on sentait une espèce de creux que remplissait une matière molle, mais élastique et d'apparence fibreuse. La tête du radius n'avait nullement changé de forme ; elle suivait les mouvements de la main. Le condyle externe de l'humérus était beaucoup moins volumineux et plus arrondi que celui du côté opposé. La luxation n'était pas douteuse ; mais on pouvait hésiter sur l'indication à remplir, en présence de l'opinion des auteurs, qui considèrent ces sortes de luxations comme irréductibles, ou du moins les tentatives de réduction comme très-dangereuses. Réfléchissant que le système musculaire du membre luxé était peu développé, que les surfaces articulaires étaient peu déformées, l'auteur, malgré l'existence du tissu fibreux qui paraissait s'être développé dans l'articulation huméro-cubitale, pensa que, à l'aide d'une extension peu énergique, mais repé-

tée, il parviendrait peut-être à allonger les adhérences morbides de la tête du radius, et à la replacer dans sa cavité. Pendant vingt jours consécutivement il pratiqua l'extension du membre, en saisissant avec sa main gauche la main du petit malade, et en faisant la contre-extension avec la main droite, posée au-dessus de l'articulation du coude, de manière à fixer l'humérus. L'extension était continuée jusqu'à production d'un peu de douleur. Peu à peu la tête du radius parut se dégager, et elle vint aboutir contre le bord de la cavité articulaire de l'humérus. Alors, en faisant l'extension et la contre-extension, et pressant avec le pouce de la main gauche sur la tête du radius, pendant qu'il fléchissait brusquement le membre, la tête de l'os reprit sa place. Pour obvier à la tendance que la tête du radius avait à s'échapper, il fallut appliquer un bandage et maintenir le membre dans la flexion pendant plusieurs jours. Quinze jours après, on fit exécuter chaque jour quelques mouvements, jusqu'à ce que ceux-ci fussent entièrement rétablis.

La conduite du chirurgien, dans ce cas, est non-seulement justifiée par le succès, mais elle tend même à faire admettre à l'avenir, en principe, la possibilité, et nous dirions même le devoir de tenter la réduction dans de semblables circonstances, mais à la condition toutefois d'imiter les manœuvres sages et prudentes de M. Stark, c'est-à-dire en n'agissant que par une extension lente et graduelle; car ce qu'il importe de ne pas oublier ici, c'est que la lésion dont il s'agit n'est pas, après tout, incompatible avec un grand nombre des fonctions habituelles du membre; tandis que des manœuvres intempestives, et faites sans ménagement, pourraient aisément compromettre l'articulation, et même plus, la vie des malades. (*Edimb., med. and surg. Journ.*, et *Arch. gén. de méd.*, mars 1848.)

ONANISME. *Corps étrangers fourvoyés dans les voies génito-urinaires.* L'histoire de l'onanisme est pleine de ces faits non moins bizarres que honteux dans lesquels des corps étrangers, échappés à une main indiscrète ou volontairement introduits dans les parties sexuelles, séjournent plus ou moins longtemps dans les profondeurs de ces organes où ils occasionnent des désordres souvent irremédiables. Un médecin entretenait tout récemment l'Académie de médecine de l'histoire d'une femme dans la vessie de laquelle on trouva une véritable carrière de petits silex qu'elle y avait fait pénétrer un à un par le canal de l'urètre. Les faits de ce genre ont, au point de vue pratique, un double intérêt, celui qui ressort de l'obscurité et des difficultés souvent insurmontables du diagnostic, lorsqu'on ignore la cause première de tous ces désordres; et l'intérêt qui se rattache aux manœuvres opératoires que nécessite l'extraction de ces corps étrangers, manœuvres toujours imprévues et qui ne sauraient être subordonnées à aucune règle fixe.

Voici deux faits qui viennent grossir la liste de ces sortes d'accidents.

M. le docteur Bouton, de Besançon, fut consulté par un jeune homme, affecté d'un écoulement purulent par l'urètre, accompagné de vives douleurs lorsqu'il urinait, qui lui fit l'aveu qu'à la suite d'une orgie, il s'était introduit dans la fosse naviculaire une bague en cheveux, ornée d'une plaque de perles de 3 centimètres de large sur 5 de longueur. Six à sept semaines s'étaient déjà écoulées depuis cet événement, lorsque ce jeune homme réclama les premiers secours. Il éprouvait des douleurs continues dans la verge; ces douleurs devenaient excessives pendant la miction; il urinait fort peu et souvent; l'écoulement purulent était très-abondant, la marche était devenue extrêmement difficile; il survenait tous les jours un accès de fièvre. M. Bouton, après s'être assuré, par une exploration attentive, que la bague n'était point tombée dans la vessie, mais qu'elle était toujours dans le canal, où il constata sa présence en arrière des bourses, dans la portion membraneuse de l'urètre, se détermina à en faire l'extraction; ce qui fut fait non sans difficulté, mais avec un plein succès, à l'aide d'une pince de Hunter, introduite dans le canal et poussée jusqu'à la rencontre du corps étranger, tandis que deux doigts le soutenaient au-dessous du périnée, à travers l'épaisseur des téguments, afin de prévenir sa chute dans la vessie. Quelques bains, des injections à l'eau de mauve et de pavot, firent bientôt disparaître les dernières traces d'accidents.

Le second fait, que nous lisons dans l'*Union médicale*, a trait à une jeune fille de dix-huit ans, qui fut amenée à l'Hôtel-Dieu d'Orléans dans un état de marasme effrayant. Elle accusait de vives douleurs dans l'abdomen et une diarrhée constante. La seule chose qu'on put apprendre de cette fille, qui portait sur le visage le cachet d'idiotisme qu'imprime l'habitude de la masturbation, c'est que, depuis le 14 mai, elle était en proie aux mêmes souffrances. Le lendemain de son entrée à l'hôpital elle mourut, sans qu'on eût eu le temps de l'explorer. L'autopsie fit découvrir, dans l'intérieur du vagin, un corps dur, mince et brillant comme du métal, qui, traversant tout le diamètre de l'organe, empêchait de pénétrer plus avant. Les petites lèvres écartées, on distingua le bord d'un gobelet en étain légèrement aplati, dont l'orifice était tourné en avant et en bas. Cet orifice, irrégulièrement ovalaire, était à moitié caché par le périnée, contre lequel il s'appuyait et qu'il poussait en avant. On ne put extraire ce corps qu'en incisant la symphise du pubis. La vessie fut ensuite ouverte, elle contenait cinq calculs enchatonnés dans des loges formées par la membrane musculaire hypertrophiée.

En suivant le canal de l'urètre, on reconnut qu'il avait été coupé à deux centimètres du méat urinaire par le bord supérieur du gobelet, qui le pressait contre la face postérieure du pubis, de telle façon que l'urine, tombant dans le vagin, dont la paroi était aussi perforée, coulait autour du gobelet sans entrer dans sa cavité. Toutes les parties environnantes étaient sphacelées et infiltrées d'oxyde de plomb. (*Revue méd. de Besançon et de la Franche-Comté.*)

— — —

PICQUOTIANE. *Nouvelle substance alimentaire, destinée à suppléer le pain de froment en cas de disette.* Il existe dans le centre de l'Amérique septentrionale, depuis le 32 ou 33e jusqu'au 50e degré, diverses espèces ou variétés d'une plante qui forme la principale ressource alimentaire des peuplades nomades qui visitent périodiquement ces régions. Un savant voyageur, M. Lamare-Picquot, qui a rapporté en France un certain nombre d'échantillons de cette plante qu'il désigne sous le nom de *picquotiane*, pense, d'après les observations et les expériences qu'il a faites, qu'elle peut être appelée à rendre de grands services en enrichissant notre agriculture et augmentant les ressources et le bien-être de nos populations toujours croissantes.

Voici, d'après l'analyse que M. Payen a faite de cette plante, quelle est sa composition; ce chimiste a trouvé :

Ecorce brune	28,20
Cellulose et ligneux, ou libres dures	24,59
Farine alimentaire tamisée	47,21
	100,00

La farine normale a donné pour 100 :

Azote	0,61 à 0,63
Eau	10,05 à 10,10
Cendres	1,07 à 1,08

d'où l'on a déduit pour la farine alimentaire la composition immédiate suivante :

Matière azotée	4,09
Substances minérales	1,61
Amidon (plus des traces de cellulose et de matière grasse)	81,80
Eau	12,50
	100,00

Ces racines desséchées donnent au moins 70 pour 100 de matière intérieure, composée de deux tiers à peu près de farine et d'un tiers de cellulose et de ligneux ; elles sont presque entièrement composées, sauf l'écorce, d'une farine alimentaire nutritive.

Cette farine pulvérisée et mélangée à un tiers ou à une partie égale de farine de froment, et traitée par les moyens ordinaires, a donné un pain qui a été trouvé assez agréable. Ce pain s'est parfaitement conservé en se desséchant à l'air, ce qui est un incontestable avantage pour les voyages de long cours, par exemple.

Il est à désirer que cette plante, qui paraît croître dans tous les terrains et par un grand nombre de latitudes analogues à celle de la France, devienne l'objet d'une expérience d'acclimatation et de culture en grand. (*Compte-rendus de l'Académie des sciences*, mars 1848.)

QUINQUINA. *Ses bons effets dans la goutte mixte, que l'on désigne sous le nom de goutte rhumatismale.* L'emploi du quinquina contre la goutte et le rhumatisme n'est pas nouveau, tant s'en faut. Lors de son importation en Europe, l'écorce du Pérou fut considérée, par plusieurs praticiens, comme un excellent anti-

goutteux. Conclure de l'abandon de ce moyen à son inefficacité, ce serait se méprendre sur la valeur réelle des circonstances qui ont, pendant un grand nombre d'années, porté l'attention exclusive des praticiens sur les seules propriétés antipériodiques du quinquina. Les bons effets obtenus, dans ces dernières années, de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose contre le rhumatisme aigu, prouvent que l'action de cet agent thérapeutique ne se borne pas à combattre l'élément périodique des fièvres intermittentes. Or, en raison de l'analogie qui existe entre le rhumatisme et la goutte, il était déjà permis de présumer qu'un moyen, si puissant contre la première de ces affections, ne devait pas être sans quelque efficacité contre la seconde. M. le docteur Audonard n'avait pas attendu les expériences de M. Briquet pour administrer le quinquina chez les goutteux et les rhumatisants. Plusieurs observations, dont quelques-unes remontent à plus de quarante ans, et qu'en raison de leur opportunité l'auteur vient de publier de nouveau, apportent une preuve directe en faveur de l'efficacité du quinquina dans les deux maladies en question. Il s'agit, dans ces observations, de cette forme de goutte mixte que l'on désigne sous le nom de goutte rhumatismale; il nous suffira d'en rapporter deux comme spécimen.

1re *Obs.* Un militaire entra à l'hôpital le troisième jour de sa maladie. Il était dans l'état suivant : impossibilité de mouvoir à volonté les extrémités inférieures; douleur, gonflement, rougeur, chaleur et sensibilité vive aux genoux, aux malléoles et aux orteils. Il ne pouvait qu'avec peine supporter le drap du lit sur ces parties, moins encore être remué ou changé de position. Il sentait naître de la douleur au coude et dans le poignet droit; il y avait même de la raideur dans les doigts; les traits exprimaient les plus vives souffrances. L'invasion de ces douleurs avait été caractérisée par une sorte d'accès de fièvre dont la période de froid fut accompagnée de douleurs déchirantes au pied droit. A la rémission, l'extrémité resta impotente; le gonflement et la rougeur s'y montrèrent bientôt aux articulations; il y eut un engourdissement général et pesanteur dans tous les membres. Le lendemain, le pied gauche et le genou furent pris des mêmes douleurs que le droit; le jour suivant, il en survint autant à l'extrémité supérieure droite.

Cette affection était sous le type rémittent quotidien; mais les paroxysmes qui avaient suivi le premier n'avaient pas été aussi sensibles à cause de la continuité des douleurs, du trouble général et de la fièvre.

Le premier jour, M. Audonard, voulant s'assurer de la marche de cette affection, se borna à prescrire des boissons délayantes et quelques anodins. Le lendemain, l'extrémité supérieure gauche, libre encore la veille, participait à l'affection. Le patient était cloué des quatre membres, ses douleurs étaient tellement excessives qu'elles arrachaient des cris incessants. L'auteur fit prendre immédiatement deux gros de quinquina, deux heures après autant, et ainsi de suite, jusqu'à terminaison de deux onces qui étaient prescrites. Vers minuit, époque de la dernière prise, les douleurs étaient déjà moindres; elles se calmèrent graduellement et avec une telle rapidité, que le lendemain matin le malade était déjà sur pied. Ses articulations n'étaient plus ni douloureuses, ni rouges, elles étaient seulement encore gonflées. La même prescription fut répétée pour le jour suivant, et cet homme sortit, peu de jours après, parfaitement guéri.

2e *Obs.* Un homme d'environ soixante ans, d'une stature athlétique et d'un tempérament sanguin, souffrait depuis deux mois de la goutte aux deux pieds; c'était la première attaque. Il prit, d'après les conseils de M. Audonard, 40 grains de sulfate de quinine, en plusieurs doses dans la même journée; il en fut très-soulagé. Des doses moindres de sulfate de quinine furent prises pendant 4 jours de suite, durant lesquels les douleurs se calmèrent par degrés et le malade put sortir et vaquer à ses affaires.

Une circonstance importante à signaler dans les observations rapportées par M. Audonard, c'est que la dose de quinquina qu'il a administrée ne s'est jamais élevée à plus de deux onces dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire environ l'équivalent de 1 à 2 grammes de sulfate de quinine, et que dans le fait unique où il a eu recours au sulfate de quinine lui-même, il n'a prescrit ce sel qu'à la dose de 40 grains, ou 2

grammes; tandis qu'on l'a administré, dans les cas de rhumatisme aigu, jusqu'à 5 ou 6 grammes. Aussi la guérison a-t-elle eu lieu sans qu'il se soit manifesté aucun des accidents fâcheux trop souvent observés à la suite de l'administration du sulfate de quinine à ces dernières doses. C'est là un fait important sur lequel nous appelons l'attention. (*Revue médicale*, janvier 1848.)

UTÉRUS (*Rupture de l'*) *suivie de guérison*. Il y a peu d'exemples de guérison à la suite d'un accident aussi grave que celui de la rupture de la matrice; aussi ne lira-t-on pas sans intérêt le fait suivant dont l'heureuse issue est de nature à encourager les praticiens qui croiraient n'avoir qu'à se croiser les bras en présence d'un pareil accident, à employer avec la plus grande énergie possible tous les moyens capables de prévenir l'hémorrhagie et l'inflammation qui en sont presque inévitablement la conséquence fatale.

M. Van Heugel, médecin à Hilversum, fut appelé, le 12 novembre, auprès d'une femme faible, cachectique, déjà mère de seize enfants dont elle était accouchée heureusement, et qui était en travail de son dix-septième. Il trouva le col presque complétement effacé, les membranes légèrement tendues; mais il ne reconnut pas de traces d'enfant. En palpant l'abdomen et par l'auscultation, il put cependant constater une position transversale. La femme se plaignait d'une douleur locale immédiatement sous l'ombilic. Quelque temps après, les membranes s'étant rompues, la main droite de l'enfant fit saillie hors du vagin, l'épaule droite était contre la symphyse pubienne, le coude gauche appuyé sur le sacrum, la poitrine en avant, la tête renversée en arrière. M. Van Heugel glissa alors la main le long du bras engagé dans le vagin, et souleva la poitrine pour aller à la recherche des pieds, après avoir préalablement repoussé le bras dans la matrice. Une si forte contraction eut lieu si subitement qu'il fut obligé de retirer la main. A la suite de ce mouvement, les deux bras se dégagèrent. L'accoucheur enduisit alors sa main et son bras d'onguent de belladone, d'un côté, pour faciliter l'accouchement, et de l'autre, pour prévenir le spasme de la matrice. Il ramena les deux bras dans la matrice en relevant la poitrine, et en soulevant, avec l'indicateur et le doigt du milieu, le menton, tandis qu'il dirigea les cuisses vers l'extérieur, à gauche et en bas. En ce moment il survint encore une douleur. Après qu'elle fut passée, l'accoucheur saisit les deux pieds et les ramena dans le détroit inférieur, de sorte que le talon droit avait dépassé la symphise pubienne.

Il survint une autre forte douleur durant laquelle l'opérateur et les assistants entendirent tout à coup un craquement; au même moment l'opérateur sentit contre sa main gauche qu'il tenait appliquée sur l'abdomen, à droite, immédiatement sous le nombril, une extrémité (une main de fœtus). Il sentit, le long de sa main droite, qui tenait les pieds du fœtus dans le vagin, s'écouler un fluide qu'il reconnut être du sang. La femme était faible. M. Van Heugel tenait encore entre le pouce et l'indicateur le pied droit, et entre le doigt du milieu et l'annulaire le pied gauche. En cette occurrence il résolut d'opérer de suite l'extraction de l'enfant, ce qui lui réussit en fort peu de temps. Immédiatement après l'extraction, il reintroduisit sa main dans la matrice. Il constata alors la rupture qui venait de s'opérer. La déchirure avait eu lieu à la partie antérieure, immédiatement sous le point d'insertion du placenta, à quatre ou cinq pouces environ au-dessus de la symphise pubienne; elle était assez large et donnait passage à un viscère de la mère. Cette partie, qui ne put être exactement reconnue, fut aussitôt repoussée dans l'abdomen, et l'opérateur soutint la plaie avec le dos de la main droite, tandis qu'il facilitait le dégagement de l'arrière-faix avec ses doigts. Lorsque le placenta fut entièrement détaché et sorti, l'utérus revint sur lui-même; l'opérateur éloigna alors le dos de sa main qui avait jusque-là soutenu la déchirure, et il fit en sorte qu'aucun viscère ne pût s'engager de nouveau dans la plaie de la matrice. A cet effet il maintint l'indicateur dans la plaie jusqu'à ce que la déchirure, qui se rétrécissait avec les contractions de la matrice, eût tellement diminué d'étendue qu'elle commençait à étreindre son doigt; alors il retira sa main.

Lorsque la matrice fut presque entièrement revenue sur elle-même, M. Van Heugel entoura l'abdomen

d'un bandage de corps fortement serré. Il prescrivit une émulsion amygdaline additionnée de deux onces d'eau et d'une once de sirop de cannelle. Le second jour il se manifesta quelques symptômes de péritonite commençante, qui furent combattus par un traitement antiphlogistique sévère et surtout par les mercuriaux. La malade fut traitée ainsi pendant neuf jours. Après avoir éprouvé encore divers accidents, elle se rétablit complétement et fit ses relevailles trois semaines après. (*Annales et Bull. de la Société de méd. de Gand*, mars 1848.)

VARIÉTÉS.

—

Le corps médical ne pouvait rester étranger à ce mouvement sympathique qui porte les corporations, même les plus intimes, à venir en aide par des offrandes aux besoins de la République ; aussi un comité, composé du président du Congrès médical de France, du doyen de la Faculté de médecine, des présidents des Sociétés et Associations médicales de Paris et des rédacteurs en chef des journaux de médecine, s'est réuni le 9 avril, et a décidé que la lettre suivante serait adressée aux médecins de la France :

« Chers confrères,

« Les membres du Comité ont été chargés de provoquer auprès de tous leurs confrères de France une souscription volontaire, dont le produit doit être présenté en offrande à la République. Ils font appel à votre patriotisme ; qu'auraient-ils besoin dès lors d'entrer dans de longs développements ?

« L'offrande du corps médical aura une double signification : elle sera un acte d'adhésion aux institutions nouvelles, si heureusement reconquises ; elle contribuera à alléger les charges de l'Etat.

« Sous ce double point de vue, cette manifestation doit avoir toutes vos sympathies. Riches ou pauvres, les membres de notre famille médicale seront heureux et fiers de participer, dans la mesure de leur force, à cet acte de dévouement à la patrie.

« Aussi est-ce avec confiance que le Comité fait appel à votre dévouement. »

Nous ne doutons pas que cet appel ne soit entendu. Quelque minime qu'elle soit, l'offrande sera accueillie avec empressement par le *Bulletin de thérapeutique*. Nous publions une première liste des donataires du corps médical de Paris.

Nous le constatons avec plaisir, de toutes parts surgissent des candidatures médicales pour l'Assemblée nationale prochaine. Puissent-elles avoir un heureux succès ; puissent-elles faire entrer dans ce *sénat national* un nombre de confrères capables de faire comprendre aux entêtés et aux aveugles que l'intérêt de notre profession et l'intérêt de l'humanité sont parfaitement identiques ; qu'ils ont entre eux une solidarité qu'on ne saurait nier, surtout quand on examine le fond des choses, c'est-à-dire les bases les plus stables de l'ordre de choses actuel. S'écarter de ces principes dans l'organisation médicale future, ce serait s'écarter du but principal ; ce serait faire une loi sans base, sans dignité, comme sans avenir. Surtout, quand le moment sera venu, qu'on ne se perde point dans les détails sans fin, dans les minuties sans importance générale. Nous voyons avec peine qu'on s'occupe beaucoup du Conseil des hôpitaux de Paris, du service médical le plus convenable à y établir, etc. C'est bien ; quoiqu'il y ait beaucoup de petits intérêts parti-

culiers engagés dans la lutte. Mais il faut aussi penser aux hôpitaux des départements, à nos confrères des provinces, toujours si dévonés à leur devoir et à l'honneur de la médecine. Quant à nous, qu'on le croie bien, nous ne cesserons jamais d'unir notre faible voix à la leur pour protester avec le droit, au nom du droit et en faveur du droit pour notre noble profession.

Après plus de quatre mois de travaux et d'épreuves multipliées, le concours pour la chaire de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. Laugier. Bien que la lutte se soit concentrée entre MM. Laugier et Michon, les sympathies du public médical portaient encore d'autres noms, et nous pouvons dire, sans crainte ici d'être démenti, que les épreuves de MM. Robert et Alquié devaient leur valoir mieux que la seule voix qui leur a été donnée. Il ne faut pas croire que les autres compétiteurs fussent des athlètes sans vigueur; certes non, car il est difficile d'avoir un jugement plus sain, une élocution plus facile que M. Chassaignac; une discussion plus serrée, une logique plus précise que M. Maisonneuve, qui n'ont pas été mieux traités. Il nous est impossible de donner des détails scientifiques sur ce concours, mais nous examinerons prochainement ce qui manque à ce mode de nomination des professeurs pour le mettre à l'abri de l'accusation qu'on a portée contre lui « d'être une manière d'élection faite d'avance et couverte de certaines formes. » Une affiche, placardée à l'Ecole, invitait les élèves à se réunir dans le but de protester contre la nomination de M. Laugier, chirurgien de mérite, homme grave et sérieux : il n'en a rien été. Quelle que soit l'influence des considérations particulières, jamais elles ne peuvent aller, avec le concours, jusqu'à faire donner la chaire à un ignorant, sans valeur et sans titres scientifiques. Ainsi donc : le concours et toujours le concours ; mais ce contre quoi nous eussions protesté avec eux, c'est le huis-clos des délibérations de la Faculté : aujourd'hui que le vote public doit s'inféoder dans nos mœurs, la discussion des titres de chaque candidat doit avoir lieu publiquement.

Le rapport suivant de M. J. Renaud, président de la haute Commission des études scientifiques et littéraires, prouve que notre voix commence à être entendue, et qu'il n'est point de question à la solution de laquelle la science médicale ne soit appelée à fournir son contingent de lumières.

« La haute Commission, à la présidence de laquelle vous m'avez fait l'honneur de me commettre, va se trouver prochainement investie de l'examen des questions relatives à l'enseignement dans les lycées et les colléges.

« Il paraît nécessaire de donner à ses discussions un élément fondamental qui leur manque : c'est la détermination régulière de l'influence exercée sur la santé des élèves par la proportion des heures d'études.

« Le développement de l'esprit n'est pas la seule condition que doive remplir un système d'études. Ce développement manquerait tout à fait son but, qui est de former des hommes capables, s'il n'était institué de manière à ce que le développement physique ne souffrît de sa concurrence aucune atteinte.

« Une fatigue organique, causée par une prédominance trop forte et trop prolongée de l'application intellectuelle, pourrait se déclarer au moment même où les jeunes gens, sortant de la vie méthodique des écoles, entrent dans la vie libre de la société.

« Ce n'est pas seulement la constitution physique qui se trouverait ains altérée : la spontanéité et l'énergie, qualités si essentielles à tout citoyen dans une république, seraient susceptibles de s'en ressentir également. S'il est juste de viser à ce que, dans les travaux de l'industrie, l'exercice du corps ne paralyse point celui de l'esprit, il ne l'est pas moins de veiller à ce que, dans ceux des écoles, la proportion la plus avantageuse possible entre ces deux modes d'exercices soit maintenue. Fallût-il s'exposer à ce que les élèves eussent appris moins de choses, on serait assez dédommagé s'ils devaient les mieux savoir, et surtout se présenter dans le monde en meilleure disposition de s'instruire de tout ce qu'il reste encore à connaître.

« Je désirerais donc, monsieur le ministre, qu'il vous plût de nommer une Commission d'enquête chargée de constater les effets produits sur la santé des élèves par suite de la proportion numérique qui s'observe dans les lycées et les colléges, entre les heures données à l'étude et celles qui sont employées au sommeil, à la récréation, à la gymnastique, à la promenade. Cette Commission s'unirait par un lien tout naturel à celle que j'ai l'honneur de présider, si vous voulez bien y placer quelques-uns de nos collègues.

« Qu'il y ait lieu à réformer ou qu'il y ait lieu à maintenir, son enquête fournirait aux discussions de la haute Commission une base d'expérience qui augmenterait, aux yeux de tous, la sûreté et le poids de ses conclusions. »

MM. Serres, membre de l'Institut, président; Dutrey, inspecteur général de l'Université; Geoffroy Saint-Hilaire, membre de l'Institut, inspecteur général de l'Université; Trélat, médecin de l'hospice de la Salpêtrière; Fuster, agrégé de la Faculté de médecine; Peclet, inspecteur général de l'Université; Theil, professeur de seconde au lycée Corneille, ont été nommés par le ministre provisoire de l'instruction publique, membres de la Commission d'enquête sur la durée du travail dans les lycées et autres établissements d'instruction publique.

M. le docteur Hugnier, chirurgien de l'hôpital Beaujon, a été élu membre de l'Académie de médecine, section de pathologie chirurgicale.

La Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a voté dans sa dernière séance un don patriotique de 2,000 fr. qui a été immédiatement porté au gouvernement provisoire.

Par arrêté du ministre provisoire de l'Instruction publique et des cultes, en date du 15 mars 1848, les jurys médicaux, institués par ordonnance du 8 avril 1841, sont prorogés pour une année, à partir du 12 avril 1848.

Par arrêté du ministre provisoire de l'instruction publique, l'ouverture du cours, qui devait avoir lieu au commencement de ce mois, à la Faculté de médecine de Montpellier pour la chaire d'accouchements, est reportée au 5 juin prochain.

Le corps médical de Paris s'est réuni, le 11 de ce mois, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et a décidé à l'unanimité que les médecins seuls devaient concourir à l'élection des chirurgiens de la garde nationale. C'est un acte de dignité professionnelle, car il n'a qu'un but : la moralité du candidat.

L'Académie de médecine de Bruxelles vient, dans l'une de ses dernières séances, d'adopter la définition suivante du remède secret : Tout remède dont la nature et la composition sont tenues cachées ou ne sont pas généralement connues. Cette définition a au moins un sens et ne peut être comparée à celle adoptée en France, qui assimile au remède secret tout médicament qui n'est pas formulé au Codex.

Par une décision spéciale du nouveau doyen de la Faculté de médecine, la bibliothèque de la Faculté restera ouverte tous les jours non fériés, de onze à cinq heures, et le soir de sept à onze heures. Le doyen a également décidé qu'aucun ouvrage faisant partie des collections ne pourra être prêté au dehors, même aux professeurs et aux agrégés. On s'occupe activement des autres améliorations que réclame le service de la bibliothèque.

Un journal allemand affirme que le gouvernement turc vient d'affermer pour deux années, à une Compagnie anglaise, la pêche des sangsues, moyennant la somme de 1,483,900 piastres. Nous pensons que la piastre dont il est parlé est la piastre turque, qui est l'écu du pays et qui vaut 40 paras ou 2 francs de notre monnaie. Les sommes données au gouvernement turc seront donc de 2,971,800 francs. Cette somme donnera encore lieu, il n'y a pas à en douter, à une surélévation du prix des sangsues, prix qui est déjà trop considérable, et montre combien il est urgent pour l'administration de s'occuper des moyens de repeupler nos étangs.

La variole a pris à Strasbourg un développement inusité. Quelques individus vaccinés en sont atteints; mais en général les cas les plus nombreux et les plus graves atteignent les personnes qui n'ont pas été soumises à la vaccination. Un service spécial de varioles, ouvert depuis quelques mois à l'hôpital civil, renferme habituellement une vingtaine de malades. Sur la demande des médecins de l'hôpital civil, l'administration a décidé que les revaccinations seront pratiquées dans cet établissement sur tous les individus âgés de plus de quinze ans, et que tous les malades non vaccinés seraient soumis, autant que leur état le permettrait, à une vaccination immédiate. Le maire de Strasbourg a pris un arrêté d'après lequel les vaccinations habituelles des médecins cantonaux devront immédiatement commencer; il engage tous les habitants de Strasbourg âgés de plus de quinze ans à se faire revacciner. La population de Strasbourg doit être réveillée de son incurie; c'est à la diminution notable du nombre des vaccinations, aux répugnances qu'excite encore la vaccine, malgré ses bienfaits, qu'on doit l'apparition de cette épidémie désastreuse.

M. Cazenave père, chirurgien-major de la garde nationale, chevalier de la Légion-d'Honneur, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-deux ans. C'est une perte pour le corps médical dont M. Cazenave était un des membres distingués et des plus estimés.

M. le docteur Leserré, capitaine de la 3me légion de la garde nationale de Paris, blessé dans la journée du 24 février, vient d'être nommé colonel attaché à l'état-major général, en récompense de son dévouement à la République.

L'hôpital Louis-Philippe, qui s'élève sur les terrains de Saint-Lazare, a, comme on le pense bien, changé de nom ; on lit maintenant sur la face du grand portique Hôpital de la République. Toute la façade du midi est construite. Cette façade est composée de deux bâtiments, élevés de deux étages à onze croisées de face, et de deux pavillons entaillés, présentant trois croisées, le tout partagé par un beau portique formant l'entrée principale. Plus de cinq cents ouvriers travaillent journellement à cet édifice.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA NÉVRALGIE GÉNÉRALE, AFFECTION QUI SIMULE DES MALADIES GRAVES DES CENTRES NERVEUX, ET DE SON TRAITEMENT.

Par M. VALLEIX, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

(Deuxième article (1).)

Après la douleur, il n'est pas de symptôme plus digne de remarque que l'*affaiblissement des membres*. Cet affaiblissement a été observé chez tous les malades, et, ce qui est important à noter, c'est qu'il était plus considérable d'un côté du corps que de l'autre. C'est surtout dans les bras qu'il faut rechercher l'existence de l'affaiblissement. Si on fait marcher le malade, on voit bien, il est vrai, que sa démarche est vacillante, que ses pieds s'élèvent peu au-dessus du sol; mais comme, presque toujours, il existe des étourdissements qui deviennent plus marqués pendant la marche, on pourrait croire que c'est à ces étourdissements qu'il faut rapporter le peu de solidité des membres inférieurs. Il ne peut plus en être de même lorsqu'on se fait serrer la main par le malade avec toute l'énergie possible. On voit alors que ce serrement n'est nullement en rapport avec la force qu'on doit supposer d'après le développement des muscles, et l'augmentation très-considérable d'énergie après la guérison vient prouver, plus tard, que cette faiblesse des membres supérieurs était bien réelle. Dans les cas que j'ai observés, la faiblesse des membres était en rapport avec l'intensité des douleurs éprouvées dans les points d'émersion des nerfs qui se rendent aux extrémités, et sa disparition a coïncidé avec celle de ces douleurs.

Bien que l'*affaiblissement des membres inférieurs* ne soit pas aussi facile à mettre hors de doute que celui des membres supérieurs, il n'en faut pas moins faire marcher les malades, car outre la *titubation* qu'ils présentent souvent à un haut degré et qui peut être attribuée aux étourdissements, on peut observer quelques phénomènes importants. C'est ainsi que chez un malade il y avait, pendant la marche, une *raideur* marquée des membres inférieurs, et l'on sait combien cette raideur est de nature à induire en erreur un médecin qui ne serait pas prévenu. Le sujet qui la présentait, ayant offert à un haut degré tous les phénomènes de *semi-paralysie* dont je viens de parler, je crois devoir donner ici son observation intéressante à plusieurs titres.

(1) Voir le numéro de janvier 1848, page 17.

Obs. II. *Névralgie générale; symptômes assez graves; cautérisation transcurrente: guérison rapide* (1). Le nommé Fiacre, âgé de trente ans, est entré à l'Hôtel-Dieu (annexe) le 27 août 1847. Ce malade est d'une assez bonne constitution. Il est resté dans son pays jusqu'à l'âge de quinze ans; il y travaillait à la terre. Il dit avoir eu une hydropisie à 10 ans; il avait tout le corps enflé, mais il ne saurait dire comment est venue cette enflure, et à quelle cause l'attribuer. A quinze ans il alla à Nancy, où il travailla de l'état de peignier; il y resta jusqu'en 1840. De là il alla à Lunéville qu'il habita jusqu'au mois de juin 1846, époque à laquelle il vint à Paris. Pendant tout ce temps, sa santé s'est parfaitement soutenue. Il est habitué à boire de l'eau-de-vie tous les matins; il en prend environ 1/16 de litre, quelquefois 1/8, enfin, il lui est arrivé, mais rarement, d'en boire 1/4. Il est, dit-il, alors un peu échauffé. Il contracta cette habitude à Lunéville, mais d'abord, il ne buvait qu'une ou deux fois par semaine. Ce n'est que depuis son arrivée à Paris qu'il a pris de l'eau-de-vie tous les jours. Il y a environ dix jours, le 18 août, il fut pris d'une céphalalgie intense, caractérisée par des élancements violents, qui l'empêchèrent de dormir; le lendemain, la céphalalgie persistait; de plus, le malade ressentit des douleurs assez vives dans tous les membres; le lendemain, il ne put se lever; il avait, dit-il, les membres brisés, et les moindres mouvements étaient douloureux; de plus, l'appétit avait disparu; il y avait quelques douleurs dans le ventre, et de la constipation, depuis quatre jours. Il ne voulut pas consulter de médecin. Dimanche dernier, quatrième jour de la maladie, il prit une bouteille d'eau de Sedlitz, et alla abondamment à la selle; le lendemain, il se trouvait mieux du côté des voies digestives; il y avait un peu d'appétit, et les douleurs de ventre avaient disparu; mais la céphalalgie, les douleurs dans les membres avaient persisté avec la même intensité; et c'est ce qui l'amène aujourd'hui dans le service.

Etat actuel, 27 août 1847. La face exprime la souffrance; le malade se plaint d'un violent mal de tête qui augmente chaque fois qu'il fait un mouvement, il se plaint également de douleurs dans les reins; la température de la peau est normale, le pouls médiocrement fort (68 p.), bruits du cœur normaux, respiration pure dans toute l'étendue de la poitrine. Langue un peu blanche; point de nausées ni de vomissements; ventre assez souple, pas de gargouillement iliaque, selles régulières; la sécrétion urinaire est normale; la pression développe une douleur assez vive à l'issue des nerfs sous-occipitaux, il n'existe de douleur sur aucun autre point de la tête; au cou, on en trouve le long des muscles trapèzes, jusqu'à leur insertion claviculaire; le long du rachis, en comprimant le sommet des apophyses épineuses, on ne provoque de douleurs manifestes que depuis la quatrième vertèbre lombaire jusqu'à la partie inférieure du sacrum; latéralement, la pression développe des points douloureux : 1° au-dessous de l'épine de l'omoplate dans la fosse sous-épineuse des deux côtés; 2° au niveau du cinquième espace intercostal; la douleur n'existe que dans l'espace compris entre l'apophyse transverse et la partie latérale du thorax; 3° au niveau de la région lombaire, les douleurs très-vives, qui suivent le trajet des nerfs lombaires, arrivent jusqu'à la partie antérieure, il n'en existe pas sur le trajet de la branche iléoscrotale. Ces phénomènes sont surtout remarquables à droite.

(1) Recueillie par M. Mailly, interne des hôpitaux.

La pression ne détermine pas de douleurs aux membres thoraciques ; aux membres abdominaux, il en existe à la région fessière et le long du grand nerf sciatique, les foyers sont très-manifestes. Les douleurs ne dépassent pas les malléoles; elles sont égales des deux côtés; il n'en existe pas sur le trajet du nerf crural.

Le malade serre médiocrement fort; si on lui fait étendre les mains, il existe un tremblement assez marqué. Il y a de la titubation lorsqu'il est sur son séant ; sa démarche est lente et peu assurée. Il dévie légèrement tantôt à droite, tantôt à gauche ; il détache le pied du sol avec raideur; il se plaint d'éblouissements pendant la marche. Les sens sont parfaitement intacts. — Tilleul sucré, potion éthérée, deux bouillons.

Le 29 août. Le malade étant absolument dans le même état, on procède à la cautérisation transcurrente, après les inhalations éthérées. On porte le cautère le long du rachis, depuis la troisième vertèbre cervicale jusqu'à la partie inférieure du sacrum, sur le sommet des apophyses épineuses, puis dans le cinquième espace intercostal, sur le trajet de la première branche lombaire, jusqu'à la partie antérieure de l'abdomen, enfin le long des deux nerfs sciatiques. On place également deux raies de feu sur les muscles trapèzes. *Application de compresses froides.*

Le soir, 3 heures. Le malade, qui redoutait vivement la cautérisation et même les inspirations d'éther, se trouve très-bien maintenant; il n'a absolument rien senti de ce qu'on lui a fait, et il n'éprouve dans les points brûlés qu'une légère sensation de picotement.

Le 30 août. Le malade se trouve très-bien ce matin; il est gai, ne souffre plus du tout ; il n'y a plus de douleur à la pression dans aucun point du corps; les raies de feu ne sont pas encore séchées. Le léger trouble des fonctions digestives a également disparu. *Deux portions.*

Du 1er au 8 septembre. L'amélioration a été toujours croissant, et le 8 le malade est sorti parfaitement guéri, ferme sur ses jambes, ayant recouvré sa force et n'ayant plus d'étourdissements.

Réflexions. Dans ce cas, les premiers symptômes un peu remarquables de la maladie remontaient à environ dix jours, et malgré le peu d'ancienneté de ce début, les symptômes étaient assez graves. La douleur en particulier était assez vive pour que la face fût constamment contractée et exprimât la souffrance. Quant aux vertiges, à l'affaiblissement des membres, au tremblement, ils étaient à peu près les mêmes que dans l'observation précédente. On aura remarqué sans doute que les membres supérieurs ont été affaiblis sans qu'il y eût dans leur étendue de ces foyers de douleur, de ces points névralgiques qu'on remarquait dans les autres parties du corps; mais c'est un fait qui n'est pas unique dans l'histoire des névralgies. J'ai vu maintes fois, dans la sciatique, par exemple, la jambe affaiblie quoique la douleur ne descendît pas au delà de la cuisse. Or, chez le malade dont je viens de tracer l'histoire, il y avait des douleurs dans les rameaux postérieurs des nerfs cervicaux, et cela a suffi pour causer l'affaiblissement des bras, et principalement du bras droit.

Ainsi que je l'ai dit en commençant, je m'expliquerai plus loin sur le diagnostic. Je ne rappelle donc pas ici l'habitude qu'avait ce malade, comme le précédent, de boire de l'eau-de-vie le matin, et je renvoie à un peu plus tard à faire ressortir les différences qui existent entre cette affection et le *delirium tremens*. Je me contenterai de faire remarquer que le malade a été sous nos yeux pendant quarante-huit heures sans médication active, et que pendant ce temps les symptômes sont restés aussi intenses, si même ils n'ont pas augmenté ; or, dans un *delirium tremens* d'une aussi faible intensité, il n'est pas douteux que la diète, le repos, les boissons tempérantes n'eussent produit un amendement marqué.

Quant aux résultats du traitement, ils ont été si prompts et si évidents, que je n'ai pas besoin de les faire ressortir.

Poursuivons, maintenant, la description des symptômes.

Le *tremblement* des membres supérieurs a été observé chez tous les malades. Lorsqu'on leur faisait étendre les bras, on voyait les doigts et les poignets agités de mouvements rapides et courts, qui augmentaient d'étendue et de rapidité si on laissait les malades pendant un certain temps dans cette position. J'ai remarqué que ce tremblement était en rapport, à la fois, avec les étourdissements et avec la faiblesse musculaire ; aussi était-il surtout remarquable dans le cas dont j'ai donné l'histoire dans l'Union médicale (loc. cit.).

J'ai, dans tous les cas, examiné avec soin la *sensibilité cutanée*, et je ne l'ai trouvée obtuse que chez un seul sujet (*obs.* Ire). Ce symptôme ne doit donc être regardé que comme accidentel ; et c'est ainsi, du reste, qu'il se montre dans les névralgies de quelque espèce qu'elles soient.

Des *éblouissements*, des *étourdissements* qui se manifestent surtout lorsque le malade se lève et veut marcher, ont été notés chez trois de nos quatre sujets, et je dois ajouter que dans un cinquième cas, qui a été dernièrement soumis à mon observation, ils existaient d'une manière remarquable. Ces phénomènes méritent toute notre attention, car ce sont peut-être ceux qui peuvent le plus facilement induire en erreur et faire croire à l'existence d'une maladie cérébrale. Quelquefois ils sont portés à un tel degré que le malade est à chaque instant prêt à tomber à droite, à gauche ou en arrière ; qu'il marche comme un homme ivre ; qu'il est obligé de se retenir aux colonnes du lit, à la muraille. Ces symptômes sont ceux dont les malades se plaignent le plus, et il est, par conséquent, facile de comprendre comment ils peuvent attirer exclusivement l'attention du médecin.

Il paraîtra peut-être surprenant à un grand nombre de lecteurs que je regarde les étourdissements comme un symptôme de la névralgie.

Mais qu'ils veuillent bien se rappeler que dans les névralgies trifaciale et occipitale, ces étourdissements se montrent assez souvent, si ce n'est d'une manière constante, du moins pendant les violents paroxysmes; qu'il y a alors des battements des artères, la rougeur, la chaleur de la face, le larmoiement, l'écoulement nasal, la salivation, et ils comprendront comment un simple état douloureux des nerfs peut causer, d'une manière plus ou moins marquée, des troubles de l'innervation qui, eux-mêmes, produisent des troubles de la circulation et des sécrétions. Il n'y a donc là rien d'extraordinaire, rien qui ne puisse naturellement se rapporter à un état purement névralgique.

Au reste, l'existence de ces symptômes ne pourrait en aucun cas suffire pour prouver qu'il ne s'agit pas d'une névralgie ; car, bien qu'on les observe ordinairement, ils peuvent manquer, sans que pour cela la maladie cesse d'être parfaitement caractérisée. C'est ce qui est démontré par l'observation suivante :

Obs. III. *Névralgie générale; pas d'étourdissements; cautérisation transcurrente; guérison rapide.* Ce malade, d'une constitution très-robuste, dit n'avoir jamais été malade. Il y a environ douze ans, étant au service militaire, il se livra à des excès alcooliques (il prit, un jour, soixante-quatorze petits verres d'eau-de-vie, environ deux litres)! Quelque temps après, il fut pris, dit-il, de tremblements nerveux assez intenses, sans que sa raison fût altérée. Il alla alors trouver son chirurgien-major, qui lui recommanda la sobriété. Depuis lors, il cessa de boire. Il ne boit pas d'eau-de-vie ; sa ration ordinaire de vin est de 0,7 litre. Les tremblements nerveux, dont il avait été pris au service, avaient complètement disparu depuis sept ans, lorsqu'il y a environ dix-huit mois, il but environ la valeur de 0,25 litre d'eau-de-vie ; une demi-heure, il fut pris d'étourdissement au milieu de la rue; puis de cécité momentanée, et de tremblements nerveux, sans, toutefois, perdre connaissance. Cet état dura environ une heure, après quoi il se trouva dans son état normal. Depuis cette dernière époque jusqu'à ce jour, quoique interrogé avec instance et à plusieurs reprises, il affirme n'avoir pas bu de liqueurs.

Il y a environ deux mois, il fut pris de douleurs par tout le corps ; et le matin, en se levant, il était en proie à des tremblements assez intenses qui duraient environ une heure ; comme il ne souffrait pas beaucoup, il continua à travailler : les douleurs augmentèrent et s'accompagnèrent de sensations de pesanteur dans les jambes et dans les épaules. Quelque temps après, il fut sans ouvrage ; et enfin son état ne s'améliorant pas, il se décida à aller au Bureau central, d'où il fut envoyé dans notre service.

Etat actuel, le 14 août 1847. Le malade se plaint de douleurs très-vives dans les épaules et dans les jambes. Ces douleurs se présentent sous la forme, tantôt d'élancements passagers, tantôt de picotements insupportables, dont la durée varie beaucoup. Si on explore les régions douloureuses, on trouve au niveau des deux fosses sous-épineuses deux points douloureux très-limités; si on comprime les apophyses épineuses, on voit la douleur assez vive commencer au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, cesser

au niveau de la sixième, pour reparaître à la douzième, puis à la cinquième lombaire, et dans toute la partie postérieure du sacrum jusqu'à deux travers de doigt environ au-dessus du coccyx. Sur les côtés de la colonne vertébrale, excepté au niveau du sacrum, la pression détermine une douleur très-vive, qui, pour les espaces intercostaux, ne se prolonge pas antérieurement au delà d'une ligne étendue du bord antérieur du creux de l'aisselle à la crête iliaque; à l'abdomen, au contraire, les douleurs existent à la partie antérieure; pour le nerf iléo-scrotal, la douleur ne dépasse pas l'orifice cutané du canal inguinal, le scrotum et les testicules sont parfaitement intacts. Il y a symétrie parfaite des deux côtés.

Pour les membres abdominaux, on trouve, sur le trajet du nerf sciatique, des douleurs très-marquées; un peu plus vives à droite qu'à gauche, ces douleurs arrivent jusqu'à la face dorsale du pied, il n'en existe pas à la face plantaire; le nerf crural est intact. Quant aux autres parties du corps, la tête, le cou, les membres thoraciques, il n'y a pas de douleur à la pression. Cependant la force des membres supérieurs est diminuée, principalement à droite, et la sensibilité un peu obtuse. Il n'y a, du reste, ni céphalalgie, ni bourdonnements d'oreille, ni étourdissements marqués. La langue est humide, naturelle, l'appétit est bon, le ventre souple, bien conformé, les selles régulières (une par jour). Respiration normale, battements du cœur normaux; pouls médiocrement fort, très-lent (44 p.) ; peau fraîche, sécrétions normales; la sensibilité morale paraît un peu exagérée: le malade pleure en racontant ses antécédents; la parole est lente, l'intelligence est peu développée; l'impossibilité d'avoir d'autres renseignements que ceux que fournit le malade ne permet pas de prononcer si cet état moral est dû à la maladie, ce qui néanmoins paraît probable.

Le 15 *août*. Les douleurs névralgiques ont persisté dans les points précédemment cités; de plus, elles ont envahi la région antérieure de la poitrine; il existe des points très-marqués au niveau du grand pectoral à gauche. (*Gomm. sucr.*: 2 *port.*)

Le 16 *août*. Ce matin, l'exploration fait reconnaître les mêmes points douloureux. L'état général est, du reste, satisfaisant. Le pouls est calme, régulier et lent : 48 pulsations.

Cautérisation transcurrente. On soumet le malade aux inhalations éthérées. Le malade respire d'abord facilement, puis, après quelques inspirations, il exécute des mouvements désordonnés. Après neuf minutes, la sensibilité est presque entièrement abolie. Mais le malade s'agite de telle façon, qu'il est impossible d'appliquer le cautère. Au bout de douze minutes, on le maintient, et on lui applique des raies de feu dans les régions suivantes: 1° le long de la colonne vertébrale, sur le sommet des apophyses épineuses; 2° sur les parties latérales, à la région dorsale et à la région lombaire; 3° le long du douzième espace intercostal; 5° sur le trajet des deux nerfs sciatiques. Pendant cette opération, le malade ne donne aucun signe de douleur. Il ne paraît pas non plus sentir les compresses imbibées d'eau froide qu'on applique sur les parties cautérisées. Sorti du sommeil où il était plongé, il prononce quelques paroles incohérentes, semble complétement étranger à ce qui se passe autour de lui, et ne manifeste aucune plainte.

Le soir à 4 *heures*. Le malade se trouve parfaitement bien. Il n'a ressenti aucune douleur, ce matin, pendant l'opération, et il ne saurait dire ce

qu'on lui a fait. Il ne souffre pas ; la région pectorale, qui n'a pas été cautérisée et permet l'exploration, ne présente pas de douleurs à la pression. L'état général est satisfaisant. Le pouls est à 64.

Le 17 août. Le malade se trouve très-bien ; les points névralgiques ont disparu à la partie postérieure du tronc, à l'abdomen et aux membres abdominaux. Il y a quelque douleur à la pression, dans l'étendue du muscle grand pectoral du côté droit.

Le 18 août. Le malade accuse quelques douleurs dans le dos et sur les côtés de la poitrine ; mais ses douleurs ne sont que le résultat du frottement du linge contre les raies de feu. Il n'y a pas de douleurs névralgiques. On ne trouve même plus celles dont on avait constaté la présence, hier, sur le grand pectoral droit. Il n'y a pas de tremblements dans les mains, qui serrent avec assez de force. La sensibilité est moins obtuse ; l'état général est, du reste, satisfaisant. La douleur prodoite par les brûlures a disparu. Même état qu'hier sous le rapport des points douloureux ; il existe toutefois une légère douleur au pied droit.

Le 24 août. L'amélioration s'est soutenue pendant ces derniers jours ; le malade ne ressent plus de douleurs, la pression n'en développe sur aucun point du corps ; la sensibilité et la force sont normales. On fait exécuter divers mouvements au malade, sa démarche est vive et assorée. Les plaies sont entièrement cicatrisées. (*4 portions.*)

Le 31 août. Le malade continue à se bien porter. L'examen permet de constater le même état que le 24. Il n'y a non plus rien d'anormal du côté des fonctions respiratoires, circulatoires et digestives. La sensibilité morale et l'apathie qu'on avait notées, lors de son entrée, ont seules persisté. Il demande sa sortie.

Réflexions. Nous voyons, chez ce malade, le début de l'état de souffrance remarquable dans lequel il s'est présenté à nous, remonter à une époque assez éloignée, car il faut la fixer à deux mois au moins avant son entrée à l'hôpital. De plus, il faut noter que cet état, loin de tendre à s'améliorer, allait toujours en s'aggravant, et surtout que la faiblesse devenait de jour en jour plus grande. Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, il pouvait à peine faire sentir le serrement de ses mains, bien qu'il eût des muscles très-volumineux, et qu'il fût d'une constitution athlétique.

Chez lui, il n'y avait pas d'étourdissements, comme dans les cas précédents ; mais sa faiblesse était telle qu'il marchait avec peine et lenteur, et qu'un tour dans la salle suffisait pour le fatiguer. Cet état de débilitation était tel qu'on pouvait le prendre pour une semi-paralysie.

Quant aux douleurs on a vu combien étaient nombreux les points qu'elles occupaient, et les effets du traitement ont bien prouvé qu'elles étaient le principe de la maladie, puisque le lendemain même de l'opération, ces douleurs ayant disparu, on a pu reconnaître une amélioration dans l'état des forces, amélioration dont les progrès ont été extrêmement rapides.

Je ne peux m'empêcher de faire remarquer de nouveau combien le traitement a été simple. Dans les deux jours pendant lesquels le malade a été en observation pour juger des progrès du mal, aucun moyen thérapeutique n'a été mis en usage. Puis, quand nous avons vu que les symptômes ne présentaient aucune apparence d'amélioration, nous avons uniquement appliqué la cautérisation, de telle sorte qu'on ne peut rapporter qu'à elle seule la guérison rapide que nous avons obtenue.

Pour les raisons que j'ai indiquées plus haut, je ne parle pas ici de la possibilité d'un *delirium tremens*; je note seulement que le malade nous a affirmé, à un grand nombre de reprises, qu'il ne faisait plus depuis longtemps aucun excès alcoolique, et qu'il n'en avait pas fait dans les jours qui ont précédé son entrée.

Ce malade, quand il s'est présenté à nous, pleurait facilement et sans motif réel ; à sa sortie, il en était de même. Etait-ce là un état dû à sa maladie actuelle ? Je ne le pense pas. Je crois plutôt qu'il faut attribuer cet état moral à la faiblesse naturelle de son intelligence qui se manifestait sur beaucoup d'autres points. Il n'est pas probable que l'amélioration si rapide, observée dans les autres symptômes, ne se fût point manifestée dans celui-là, s'il eût appartenu à l'état morbide que nous avions à traiter.

Il nous reste, maintenant, peu de chose à ajouter pour compléter la symptomatologie de cette affection. Cependant l'*état de l'intelligence* mérite une mention toute particulière, parce qu'il sépare nettement la névralgie générale, et du délirium tremens, et de la plupart des affections cérébrales. Dans aucun cas je n'ai observé ni délire, ni hallucinations ; toujours les réponses ont été justes. On notait, il est vrai, une certaine lenteur dans les réponses, et les malades paraissaient en proie à la tristesse et au découragement ; mais on devait rapporter cet état uniquement à la persistance des douleurs. C'est aussi à cette cause qu'il fallait attribuer l'expression d'accablement ou d'anxiété de la face, qui, après la guérison, avait un caractère de contentement plus ou moins marqué.

Du côté des *voies digestives*, on n'observe rien de remarquable. La langue était surtout un peu tremblante chez un sujet. L'appétit était, en général, conservé à un assez haut degré ; il n'y avait pas de soif vive, à moins qu'il ne survînt une maladie intercurrente, et le ventre était à l'état normal.

La respiration et la circulation sont naturelles. Dans un cas le pouls était un peu lent. La peau est fraîche ; en un mot, il n'y a pas la moindre trace de fièvre.

Marche de la maladie. La lecture des observations précédentes a fait voir que cette maladie, si on ne lui oppose pas un traitement actif, ne tend généralement pas à se dissiper d'elle-même, et qu'ordinairement, au contraire, elle fait sans cesse des progrès. Je ne possède cependant pas un assez grand nombre de cas pour pouvoir avancer qu'il n'y a pas d'exception à cette règle, et même on peut se demander si, comme dans les névralgies limitées à un seul nerf, il n'y a pas des cas assez nombreux de névralgie générale commençante qui, sous l'influence du repos, se dissipent facilement en peu de jours. Tout peut dépendre de la plus ou moins grande promptitude avec laquelle les malades se soustraient aux causes de leur affection.

Dans un troisième et dernier article, qui sera inséré dans un prochain numéro, j'arriverai aux points les plus importants de l'histoire de cette maladie : le *diagnostic* et le *traitement*. VALLEIX.

DU SULFATE DE QUININE A HAUTE DOSE COMME TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

Par le docteur LEUDET, médecin à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

L'emploi du sulfate de quinine à haute dose a pris dans ces dernières années, en thérapeutique, une place des plus importantes, et l'on peut dire, sans exagération, que plusieurs des applications de ce médicament constituent de véritables et précieuses conquêtes de la médecine moderne. Peut-être serait-il à désirer cependant que les indications de cette médication fussent posées d'une manière plus certaine et plus précise; car il n'est pas toujours facile au médecin de se rendre compte de quelques rares insuccès qui suivent son emploi dans des cas en apparence identiques avec ceux où son administration a été des plus favorables. Dans l'état actuel des choses, les services qu'elle rend sont néanmoins incontestables, et tout fait espérer que, avant peu, les travaux journellement entrepris sur cette médication éclaireront les quelques obscurités que peut présenter son application.

Nous avons à signaler aujourd'hui une application nouvelle, que nous empruntons à la pratique d'un médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, M. Leudet, c'est l'*emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement de la fièvre puerpérale*. Nous le faisons d'autant plus volontiers que, dans deux circonstances récentes, il nous a été donné de nous convaincre des heureux effets de cette médication. Mais ce qui différencie les résultats de M. Leudet de ceux qui nous sont propres, c'est que ce médecin met en usage le sulfate de quinine seulement comme

moyen prophylactique, tandis que nous l'avons employé nous-mêmes avec succès dans le cours de la fièvre puerpérale déclarée et présentant les phénomènes typhoïdes-adynamiques les plus tranchés.

Dans une épidémie qui régnait à la fin de 1843, et qui se prolongea pendant plus de trois mois, bien que plusieurs fois on eût pu croire à sa terminaison, M. Leudet pensa que l'administration du sulfate de quinine, employé avant le moment où la fièvre puerpérale avait coutume de se manifester, pourrait prévenir le développement de la maladie. Il vit qu'aucune des femmes qui avaient été soumises à l'usage de ce médicament n'était tombée malade. Mais, comme elles étaient en petit nombre, il y attacha peu d'importance. Il était possible, en effet, qu'on eût eu affaire à une simple coïncidence. Comme M. Leudet n'avait point remarqué que l'usage du sulfate de quinine, à la dose d'un gramme à laquelle il l'employait, eût été jamais suivi d'accidents, il y eut recours beaucoup plus souvent dans deux autres épidémies qui eurent lieu dans son service en 1845 et 1846 : chaque fois celles des femmes qui furent soumises au sulfate de quinine ne tombèrent pas malades.

Afin de mieux faire apprécier la valeur de la médication prophylactique employée à l'Hôtel-Dieu de Rouen, nous empruntons à la thèse de M. de Folleville le relevé des accouchements qui ont eu lieu pendant les épidémies de 1843, 1845 et 1846.

Du 21 septembre 1843 au 8 janvier 1844, quatre-vingt-trois femmes sont venues accoucher à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Sur ce nombre, soixante-quatorze n'ont été soumises à aucune médication; vingt-une ont été prises de fièvre puerpérale; neuf autres ont pris du sulfate de quinine et se sont trouvées à l'abri de toute influence épidémique.

Du 8 juillet au 9 août 1845, on compte vingt-six accouchements. Onze femmes n'ont été soumises à aucune médication; huit ont été atteintes de la fièvre; des quinze autres, traitées par le sulfate de quinine, une seule a été prise de la fièvre.

Enfin, du 9 mars au 21 avril 1846, trente-six femmes sont venues accoucher dans le même hôpital; dix-neuf n'ont pas pris de sulfate de quinine; onze ont été atteintes de fièvre puerpérale; seize ont été soumises à l'emploi de ce sel; une seule est tombée malade.

On voit que, si on laisse de côté l'épidémie de fièvre puerpérale de 1843 (où le sulfate de quinine n'a été administré que neuf fois sur quatre-vingt-trois, sans qu'aucune de ces neuf femmes ait été malade), soixante-deux femmes sont venues faire leurs couches à l'Hôtel-Dieu, en 1845 et 1846, au moment où la maladie y régnait avec une grande intensité. Sur ce nombre, trente-deux ont été soumises à l'emploi du sulfate de quinine, et trente n'en ont pas pris. Qu'est-il arrivé? C'est que,

parmi les nouvelles accouchées de la deuxième série, il y a eu dix-neuf malades sur trente ; tandis que, sur les trente-deux de la première série, on ne compte que deux cas de maladie. Encore, dans ces deux cas, le frisson initial a eu lieu si peu de temps après la première dose du médicament, que ce n'est point à l'impuissance du sel de quinine, mais bien plutôt à la rapide invasion de la fièvre puerpérale qu'il faut attribuer ces deux insuccès.

Peut-être pourrait-on objecter aux faits qui précèdent que rien ne prouve que la fièvre puerpérale se fût développée chez les nouvelles accouchées qui avaient pris du sulfate de quinine ; que c'est seulement par un heureux effet du hasard qu'elle a épargné celles qui avaient été soumises à son usage. Les observations de l'auteur ne portent point sur une échelle assez étendue pour conduire à une certitude absolue ; mais telles qu'elles sont, il est impossible d'expliquer par un simple effet du hasard que l'épidémie frappe les deux tiers des femmes qui n'ont pas pris de sulfate de quinine, tandis qu'elle ne semble atteindre les autres qu'exceptionnellement. Sans doute, il ne faut accepter qu'avec une extrême réserve les faits nouveaux, surtout lorsqu'ils se présentent avec quelque chose de merveilleux. Mais, pourtant, il ne faut pas pousser le scepticisme jusqu'à les rejeter sans examen, par cela seul qu'ils sont inattendus. Du reste, il est arrivé trois fois que, plusieurs femmes ayant accouché dans la même journée, on donna aux unes le sulfate de quinine, et que les autres n'en prirent point. Les premières, au nombre de quatre, se rétablirent sans accident, tandis que, parmi les dernières, au nombre de cinq, il y eut quatre malades qui moururent toutes. Un fait encore remarquable, c'est que, sur douze accouchements qui eurent lieu du 9 au 17 mars 1846, on n'a prescrit le sulfate de quinine que deux fois, et toujours avec succès ; tandis que les dix autres ont été suivis huit fois de fièvre puerpérale d'une extrême gravité ; et cela bien que, parmi les dernières accouchées, plusieurs aient fait un séjour assez court dans le foyer d'infection. Enfin, une circonstance encore bonne à noter, c'est que l'on n'a pas établi de choix entre les femmes récemment accouchées, relativement à l'administration du sulfate de quinine : M. Leudet l'a employé sur toutes les femmes indistinctement ; peut-être même de préférence sur celles qui, parmi les mauvaises conditions dans lesquelles elles se trouvaient, avaient le plus à redouter. Si on n'a pas fait un usage plus fréquent du sulfate de quinine, surtout au commencement de l'épidémie de 1846, cela a tenu à la répugnance insurmontable des femmes pour ce médicament. Dégoûtées par son amertume, elles se refusaient, dès la première dose, à en continuer l'usage. Quelques-unes même n'en voulaient à aucun prix.

Voici de quelle manière M. Leudet se sert du sulfate de quinine : aussitôt que la nouvelle accouchée est un peu remise des fatigues occasionnées par le travail, c'est-à-dire quatre heures environ après la délivrance, on fait prendre 1 gramme du médicament dans les vingt-quatre heures, et en trois fois. Le lendemain, on ordonne un second gramme de sulfate. Les jours suivants, on réduit la quantité de ce sel à 60 centigrammes, et on la continue jusqu'à ce que la femme ait passé l'époque où la fièvre puerpérale a coutume de se manifester, jusqu'au sixième jour environ. La fièvre de lait n'est pas toujours une indication pour suspendre son emploi, car elle est souvent si peu intense, chez les personnes qui viennent réclamer des secours dans les hôpitaux, qu'elle s'accompagne à peine de quelques symptômes généraux. Dans les cas les plus fréquents, la fièvre puerpérale débute du deuxième au quatrième jour depuis la délivrance ; alors il suffit d'attendre que celle-ci ait eu lieu pour commencer le traitement prophylactique. Cela ne suffit plus, lorsque la fièvre se développe pendant le travail, ou immédiatement après sa terminaison, ainsi qu'on l'a vu dans certaines épidémies, et en particulier à l'Hôtel-Dieu de Rouen, au mois de septembre 1843. Au premier signe qui annonce que le travail va commencer, il faut recourir au sulfate de quinine. Jamais M. Leudet n'a vu de graves accidents à la suite de cette médication ; il y a eu parfois quelques légers étourdissements, un peu de céphalalgie, du ralentissement du pouls ; mais tout cela si peu marqué qu'on n'a pas jugé convenable de s'en occuper, encore moins de suspendre le traitement prophylactique.

Ce n'est pas la première fois que les préparations de quinquina ont été mises en usage, comme traitement prophylactique de la fièvre puerpérale. M. de Folleville cite un passage du *Traité des pertes de sang*, d'Alphonse Leroy, relatif à une épidémie de péritonite puerpérale, qui régnait à l'hospice d'Humanité de Rouen, en 1793, et qui s'annonçait par de petites coliques que les femmes ressentaient dans le bas-ventre, quelques jours avant d'accoucher. Pour prévenir cette fatale maladie, on fit prendre aux femmes, dans les derniers mois, ou quelques jours avant l'accouchement, de fortes décoctions de quinquina, rendu purgatif, surtout aux femmes menacées de quelques coliques; on y ajoutait une potion composée d'eaux aromatiques, d'esprit de Mindérérus et de sirop de quinquina. En outre, la salle des accouchées fut transférée dans un lieu bien aéré et exposé au midi. Dès lors on vit cesser l'épidémie...

Qu'on ne croie pas, au reste, que M. Leudet borne le traitement prophylactique de la fièvre puerpérale à l'administration du sulfate

de quinine. Nous n'en voulons pour preuve que les conclusions du travail de M. de Folleville, que nous reproduisons textuellement.

« En résumé, dit-il, le traitement prophylactique de la fièvre puerpérale se rapporte à trois chefs principaux :

1° Combattre les prédispositions individuelles et éloigner, autant que faire se peut, les complications qui peuvent aggraver l'accouchement ou contrarier ses suites ;

2° Remédier, par des moyens hygiéniques convenables, aux conditions défavorables qui résultent de la présence d'un plus ou moins grand nombre de femmes en couche dans un même lieu ;

3° Mettre, par l'usage du sulfate de quinine, l'économie à même de résister à l'espèce d'empoisonnement miasmatique qui produit la maladie, avant qu'il ait eu le temps de se révéler par des accidents contre lesquels la médecine n'a que de faibles ressources. »

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

REVUE GÉNÉRALE DU TRAITEMENT DES FRACTURES : DES TRACTIONS CONTINUES.

(Deuxième article (1).)

Nous avons précédemment exposé les indications de la méthode de la contention simple qui consiste à maintenir les membres fracturés suivant la tendance favorable que les fragments affectent spontanément. Cette méthode thérapeutique, avons-nous dit, convient lorsque l'action musculaire, le poids du membre, la forme des bouts osseux ne présentent pas de disposition à se déplacer fréquemment. Alors de simples bandes, placées aux extrémités du membre brisé (voir pag. 255), ou l'appareil que l'on emploie ordinairement pour beaucoup de fractures, trouvent leur application heureuse.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ; toutes les fractures ne sont pas disposées aussi favorablement. Beaucoup d'entre elles ont des fragments placés obliquement et peu propres à rester dans un contact permanent. En bien des circonstances la contraction des muscles qui entourent la solution de continuité attire en des sens divers les bouts osseux. En certains cas le poids des parties vient augmenter encore cette fâcheuse tendance. Ainsi, la plupart des fractures de la clavicule présentent un chevauchement opiniâtre et très-notable des deux portions osseuses ; le poids du membre supérieur, l'action des muscles puissants

(1) Voir notre livraison de février, p. 130.

qui, du tronc, se rendent à la coulisse bicipitale de l'humérus, accroissent encore ce déplacement et le rendent permanent si l'on n'intervient pas. Les brisures du col de l'humérus, celles de l'extrémité inférieure du même os, se comportent d'une manière analogue. On sait combien il est rare que les divisions de l'olécrâne, de la diaphyse du cubitus ou radius ne tendent pas à l'éloignement des fragments. Si nous jetons un coup d'œil rapide sur les principales solutions de continuité dont le squelette du membre abdominal peut être le siége, nous y rencontrerons des exemples non moins marqués de la tendance fâcheuse que nous signalons. Les sections du col du fémur s'accompagnent de déplacements presque toujours ; en beaucoup de cas il en est de même pour les brisures de la diaphyse du même os ; la rotule nous en présente encore de nombreux exemples ; les fractures du tibia ou du péroné sont souvent dans les mêmes conditions ; et nous pourrions grossir le nombre des cas de ce même genre en passant en revue les autres parties du squelette.

Dans toutes ces circonstances, il serait irrationnel de livrer les membres fracturés à leur disposition défavorable en contenant les parties à l'aide des seuls moyens dont nous avons parlé touchant la méthode thérapeutique précédemment exposée. Trop de fois l'expérience a montré combien de difformités et de gêne fonctionnelle résultaient d'une consolidation vicieuse dans les cas qui nous occupent en ce moment. Loin donc d'abandonner les fragments à leur tendance spontanée, il faut alors s'y opposer d'une manière continue ; il faut maintenir en contact permanent les bouts osseux toujours prêts à s'éloigner les uns des autres : tel est le but de la *méthode* que nous appelons celle *des tractions continues*.

D'après l'esprit thérapeutique, le praticien exerce une action opposée à celle qui entraîne les fragments dans une direction défavorable. Tantôt les forces tractives sont placées aux extrémités de l'os brisé, comme au bras, par exemple, lorsque la tête ou la portion cubitale ou même la diaphyse de l'humérus présente une tendance rebelle au déplacement ; tantôt ces mêmes puissances sont appliquées aux extrémités du membre lui-même, comme les fractures du fémur nous obligent souvent à le faire. Il est des circonstances où les tractions ne s'exercent pas dans le sens de l'axe des membres, et dont nous venons de fournir des exemples, mais bien d'une façon indirecte. Ce dernier ordre de faits est en général peu remarqué et rarement considéré comme appartenant à la méthode que nous étudions. Cependant, l'action indirecte opérée sur la clavicule brisée, à l'aide des appareils de Desault, Boyer, Delpech, etc., sont dans cette même catégorie. Il en est encore ainsi pour les fractures de l'os de l'avant-bras où les soins du clinicien doivent s'opposer au déplacement des fragments dans l'espace interosseux. Les

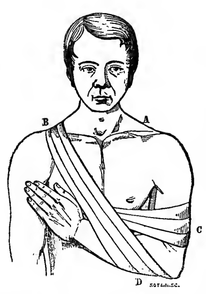
brisures de la portion malléolaire du péroné demandent encore l'emploi des tractions indirectes.

Pour atteindre le but de cette méthode thérapeutique, les inventeurs des moyens infiniment variés ont trop souvent oublié que le corps humain n'est pas une masse inerte ni dépourvue de sensibilité. Il semble, à les voir décrire minutieusement les pièces plus ou moins mécaniques de leurs appareils, les conditions rigoureuses de leur application, qu'un membre de l'organisme doit nécessairement tolérer les pressions, les étranglements prolongés qu'ils réclament. Le succès de la plupart de ces moyens compliqués exige un degré considérable et invariable de constrictions dans lequel leur influence est à peu près nulle. Aussi quelle attention n'apportent-ils pas à l'application exacte, rigoureuse des différentes pièces de ces bandages composés ! Combien de fois la sensibilité et les plaintes des malades sont importunes et négligées !

De là ces accidents nombreux, ces escarres, ces gangrènes étendues qui aggravent la position des malades, et rendent les membres blessés moins utiles après ce traitement que la fracture elle-même. Il n'est aucun praticien qui n'ait observé ces conséquences déplorables pour l'avant-bras, la jambe, etc. Et ne dites pas que c'est toujours la vicieuse application des appareils qui a été la source de ces malheurs. Les appareils sont incapables d'apprécier la sensibilité et la résistance vitale des parties qu'ils étreignent, et cependant leurs avantages résultent d'un degré rigoureux et obligé de leur action. De là une influence invariable, inintelligente, nécessaire, et une susceptibilité variable, d'où doivent résulter des effets différents, et bien des fois les accidents dont nous parlons.

De ces remarques cliniques découle l'indication de recourir aux appareils les plus simples, composés de moins de pièces capables d'exercer des constrictions dangereuses. La simplification que nous préconisons a pour but non-seulement de diminuer le nombre des pièces propres à étreindre les parties et à rendre les appareils d'un usage plus facile et moins dispendieux, mais encore d'en rendre l'effet plus continu et moins variable. Plus un bandage possède de portions distinctes, plus aussi le relâchement des boucles, l'incertitude de son action, doivent être justement à craindre.

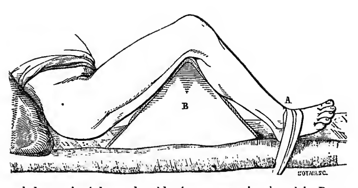
Exercer les tractions continues sur le moins grand nombre de points des membres fracturés, et avec le moins possible de pièces d'appareil, telles sont donc les lois de la méthode étudiée en ce moment. Dès lors le praticien sait quels moyens il doit rejeter ou choisir ; la manière dont ils doivent agir ; comment il peut en fabriquer lui-même avec les moyens que les circonstances lui procureront. S'agit-il d'une fracture



oblique de la clavicule, l'homme de l'art substitue au bandage de Desault, de Boyer, de Delpech, etc., une simple pelote de charpie, de coton, de chanvre, qui, placée dans l'aisselle, formera le point d'appui sur lequel l'humérus servira de levier, et éloignera convenablement le fragment externe à l'aide de deux couches de bandes, l'une horizontale et propre à cet effet, l'autre oblique et disposée de manière à porter le coude en haut et en avant. Ces tours de bande peuvent être même remplacés au besoin par deux mouchoirs, selon les remarques de Mayor.

Un individu est-il atteint d'une fracture du radius, du cubitus ou de ces deux os à la fois, il faut s'opposer au déplacement à la faveur des compresses graduées, placées selon la direction de l'espace interosseux. Ces pièces d'appareil peuvent être placées immédiatement sur la peau, comprimées directement par des attelles plus larges, plus longues que l'avant-bras, et à l'aide de simples cordons. Si l'on ne donne pas aux attelles plus de largeur que l'avant-bras, on s'expose à détruire par l'action des liens contentifs l'effet produit par les compresses graduées. Si les attelles ne déplacent pas le poignet, il est possible que les mouvements de la main déterminent le déplacement des fragments.

Les fractures du fémur sont les plus rebelles aux tractions thérapeutiques. Les appareils de Van Home, Van Houte, Boyer, Desault, et ceux prônés de nouveau chaque jour, montrent combien peu il faut en général compter sur leur influence. Aussi, en ces cas surtout, la simplicité des moyens nous paraît-elle mériter la préférence de la part des praticiens. Le col ou la diaphyse du fémur sont-ils divisés obliquement, au lieu de soumettre les malades à des appareils mécaniques toujours dangereux et rarement efficaces, nous donnerions la prééminence à celui de B. Bell, modifié par Dupuytren. Placé sur un lit résistant, le



malade appuierait le membre blessé sur un coussin triangulaire B, ou sac de paille, de manière que le jarret portant sur le sommet du triangle, le pied fût maintenu fixe à la faveur d'une serviette, d'une bande ou d'un drap plié en sautoir A, et que, du côté opposé, le bassin n'appuyant point sur le lit, produisît naturellement l'extension par le seul poids du corps, ainsi qu'on le remarque sur la figure ei-dessus.

APERÇU PRATIQUE SUR LA SUPPURATION ET LES ABCÈS DE LA PROSTATE.

Par le docteur CIVIALE.

Divers états morbides de la prostate et de ses annexes se terminent par la suppuration, qui tantôt est portée au dehors, à mesure qu'elle se forme, et tantôt donne lieu à une ou plusieurs collections variables par leur siége, leur grandeur, la nature des dépôts qu'elles contiennent, les tissus qu'elles envahissent, et le lieu par lequel le liquide s'éehappe.

Il n'est pas rare de voir des sujets affeetés d'une lésion quelconque de l'appareil urinaire rendre aecidentellement une grande quantité de pus provenant des reins, ou de la vessie, mais quelquefois ee pus est fourni par la prostate, ainsi que je l'ai vu, et eomme l'attestent d'ailleurs des faits recueillis par les observateurs modernes. On peut arriver presque avec certitude à être fixé sur la souree de la suppuration ; il paraît toutefois que, dans certains cas, la méprise est difficile à éviter, ce que eonstatent des faits réeents recueillis par d'habiles observateurs, J.-B. Brodie, entre autres. Que le pus soit rendu accidentellement avec l'urine, ou qu'il soit retiré au moyen d'une sonde, la diffieulté est la même ; et lorsque le malade vient à suecomber, trop souvent on acquiert la preuve qu'on s'était mépris sur la provenance de la matière purulente.

La spéculation, c'est-à-dire les idées erronées, les opinions préconçues, se sont exercées avec une sorte de complaisance sur la formation de ces abcès, et sur la marche de la phlegmasie dont ils sont la conséquence. Suivant quelques chirurgiens anglais, et nous citerons J.-B. Brodie, la suppuration s'établit d'abord, ou dans les conduits, ou dans le tissu cellulaire extérieur.

En France, nos professeurs de clinique s'expriment avec beaucoup de confiance, eu égard au siége primitif, aux causes, aux symptômes, etc., de la *prostatite*, soit aiguë, soit chronique, qu'ils comparent à l'inflammation de la parotide, de la mamelle, et de ganglions lymphatiques ; et l'on ajoute que « parmi ces inflammations, les unes ont « pour racine les canaux excréteurs, d'où une inflammation purement « glanduleuse ; d'autres débutent par les filaments qui constituent la « trame de la glande, et n'arrivent aux granulations proprement dites « que secondairement. Il est encore possible que la phlegmasie commence par la face interne de la capsule, et qu'elle ne pénètre que « consécutivement dans le parenchyme de l'organe. On conçoit enfin « que l'inflammation ait pour point de départ l'intervalle des lames « aponévrotiques qui entourent ou qui avoisinent, soit le bas-fond et le « col de la vessie, soit la portion membraneuse de l'urètre, et qu'elle « se communique de là à la glande prostate. » (Gazette des hôpitaux du 20 septembre 1842.)

Ce passage marque au moins un progrès dans les opinions de M. Velpeau, qui, en 1839, dans sa Médecine opératoire, avait gardé le silence sur la suppuration et les abcès de la prostate. On doit même penser que l'habile professeur y a été conduit par ses observations propres, car il ne mentionne pas celles que j'avais publiées en 1841. Quoi qu'il en soit de cette omission, on remarquera ce que je disais à cette époque : « Les abcès auxquels donne lieu la suppuration de la prostate, résultent plus particulièrement d'un état phlegmasique de la membrane muqueuse tapissant le col vésical, la partie profonde de l'urètre et les conduits qui y aboutissent, déterminé soit par des rétentions d'urine prolongées et les désordres multipliés dont les rétrécissements urétraux deviennent la source ; soit par la présence de calculs au col de la vessie, dans l'épaisseur de la glande, ou dans la partie membraneuse de l'urètre ; soit enfin par des manœuvres peu ménagées ou inhabiles, exercées avec des instruments qu'on cherchait à introduire dans la vessie. Toutefois, ils peuvent envahir aussi le corps même de la prostate. Sous ce dernier point de vue, Sœmmerring pense que le parenchyme est rarement affecté, et que l'enveloppe celluleuse devient seule le siége du travail inflammatoire. Mais on verra que le contraire précisément a

lieu, puisque assez souvent on trouve la glande réduite à une simple coque, ce qui prouve que c'est sa capsule qui résiste le plus. »

Home semble croire que les abcès sont un mode de terminaison de la phlegmasie prostatique plus rare qu'aucun autre. C'est une erreur : les abcès de la prostate sont communs, chaque jour la pratique nous en offre des exemples ; et l'on en découvre fréquemment à l'ouverture des cadavres ; seulement on ne les reconnaît pas toujours pendant la vie.

En nous traçant aujourd'hui une description compassée de la marche de la phlegmasie, et en accolant à la formation des abcès prostatiques une liste de signes de convention, pense-t-on faire progresser la science? Je ne saurais l'admettre. En égard au diagnostic, je rappellerai une remarque qui s'applique à la plupart des maladies du col vésical. Les principaux troubles fonctionnels qu'on observe tiennent à la dysurie ; or, dans les cas d'abcès il n'est pas démontré que les difficultés d'uriner aient des caractères spéciaux.

Ces abcès sont les uns petits, circonscrits, et disséminés soit à la surface, soit dans la partie profonde de la glande où ils forment une série de petites cavités ; et les autres, plus ou moins diffus et volumineux, occupent le centre de l'organe qu'ils réduisent à une sorte de coque ou d'enveloppe ; et toutes les variétés intermédiaires peuvent se présenter. Quant aux signes propres à les faire soupçonner, ils sont plus obscurs encore, plus vagues et plus incertains, que ceux des autres altérations de la prostate.

Home dit qu'ils provoquent plusieurs symptômes qui leur sont communs avec ceux de la phlegmasie du *verumontanum ;* mais comme cette dernière inflammation est loin d'avoir des caractères tranchés, la comparaison du chirurgien anglais ne nous apprend absolument rien.

Si la glande est déjà tuméfiée, le gonflement ne devient pas toujours plus considérable qu'auparavant, et si elle était sans hypertrophie, elle n'augmente pas toujours de volume, comme le prétend Sœmmerring. Baillie dit avoir vu cet organe contenir un abcès sans que ses dimensions ordinaires eussent subi aucune altération par le fait de la formation du dépôt. La saillie dans le rectum fournit rarement des indices suffisants. Quant au suintement qui tache le linge, aux dépôts qui se précipitent dans l'urine, et à l'odeur infecte que cette dernière exhale, etc., encore une fois ce ne sont point là des symptômes caractéristiques, comme on l'a dit, puisqu'ils se retrouvent dans des cas où n'existe nul vestige de l'état pathologique dont il s'agit ici. Le jet de l'urine est bien déformé, et l'excrétion irrégulière, difficile, douloureuse, souvent même accompagnée des plus vives angoisses ; mais l'art ne fournit aucun moyen de découvrir la cause réelle de ce trouble, qui se manifeste

d'ailleurs dans plusieurs autres maladies de l'appareil urinaire. La sonde, même dirigée avec adresse et précaution, ne procure pas de notions plus satisfaisantes ; elle cause parfois d'excessives douleurs ; mais de pareilles angoisses ont lieu aussi dans d'autres circonstances, de sorte qu'elles sont sans valeur pour établir le diagnostic. En un mot, le praticien se trouve, eu égard aux signes rationnels, dans un dénûment absolu de moyens propres à lui faire connaître avec précision l'état morbide des parties.

D'un autre côté, il n'est pas rare de voir les abcès prostatiques, même considérables, ne causer pendant la vie que des sensations tellement vagues, qu'on ne les soupçonne même pas ; et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvre les désordres. Or, si la science ne possède pas un plus grand nombre de faits de ce genre, cela tient à ce qu'on ne fait pas assez souvent des ouvertures de corps et même à ce que, ne soupçonnant rien du côté de la prostate, les recherches nécropsiques ne sont pas dirigées vers ce point.

Le diagnostic est encore plus obscur lorsqu'il existe en même temps d'autres lésions, soit un rétrécissement de l'urètre, soit un calcul vésical, etc., auxquelles puissent être attribués les désordres généraux qu'on observe. Brodie parle d'un homme de trente ans, qui avait des douleurs de reins et des besoins fréquents d'uriner ; il mourut subitement d'apoplexie ; on trouva derrière la crête urétrale une ouverture communiquant avec un abcès qui occupait la partie postérieure de la prostate. M. Lallemand cite le cas d'un homme aussi mort d'apoplexie à la suite d'une rétention d'urine déterminée par un rétrécissement urétral, et chez lequel on trouva la prostate triplée de volume, mais plus saillante du côté de la vessie que vers le rectum, et fournissant, lorsqu'on la pressait, une matière purulente, qui provenait d'une trentaine de petits abcès. Le 3 mars 1839, un vieillard de quatre-vingt-trois ans mourut d'épuisement à l'hôpital Necker. Entre autres lésions de l'appareil urinaire, l'autopsie révéla une collection purulente dans le lobe latéral gauche de la prostate. Pendant les vingt jours qu'il était resté dans l'établissement, on n'avait rien aperçu en lui qui pût faire soupçonner l'existence de cet abcès.

Quant aux foyers considérables de pus qui se développent dans le parenchyme même de la prostate, on peut parvenir à les reconnaître à l'aide du doigt introduit dans le rectum. La fluctuation est quelquefois tellement manifeste qu'on ne saurait s'y méprendre. M. Lallemand, en portant le doigt dans l'anus d'un malade, s'aperçut que la prostate était aplatie, molle et flasque, ce qui lui fit présumer qu'un écoulement de pus, qui avait lieu par la verge, provenait de la glande détruite par la suppuration ; et dans les tentatives pénibles qu'il fit pour franchir

le col de la vessie avec une sonde, il sentit si bien l'instrument à travers cette partie flasque, que sa conjecture devint presque de la certitude pour lui. J'ai rencontré un cas de ce genre : la tumeur saillante dans le rectum était considérable, et l'on croyait sentir une sorte de fluctuation à une grande profondeur; on recula toutefois devant les suites que pouvait entraîner une incision faite en ce lieu, surtout chez un vieillard épuisé par des souffrances inouïes, d'abord intermittentes, puis enfin continues. Mais, dans certains cas, ces explorations n'apprennent rien de positif; ces cas ne sont même pas rares. J'indiquerai le suivant, dont on lit les détails dans les Archives générales de médecine pour 1842.

Au rapport de M. Laforgue, un homme de vingt-quatre ans, sans affection vénérienne préalable, éprouva, à la suite de quelques excès de boisson, une rétention d'urine qui dura douze heures, et qui avait été précédée de quelques difficultés d'uriner, dont le malade ne s'occupa point jusqu'à ce que les douleurs devinrent insupportables et qu'elles l'empêchèrent de continuer son métier de coutelier-repasseur.

A son admission à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, on trouva la vessie distendue, et l'urètre tellement irritable qu'on fut obligé d'ajourner le cathétérisme et de prescrire une médication sédative. La sonde pénétra ensuite, mais non sans causer une vive douleur, à la partie profonde de l'urètre, et l'on éprouva à la région prostatique une difficulté dont on ne put découvrir la cause. La sonde donna issue à une grande quantité d'urine naturelle, et le malade fut soulagé. Mais il ne recouvra pas la faculté d'uriner naturellement; il fallut de nouveau recourir au cathétérisme évacuateur, car la distension de la vessie ramenait les douleurs. Cette opération fut répétée durant plusieurs jours sans qu'il survînt de changements notables.

Le septième jour il rendit naturellement un peu d'urine qui produisit une douleur brûlante à la partie profonde de l'urètre, mais l'état général s'aggravait; il survint de la fièvre avec frisson, chaleur et sueur, suivie d'abattement, avec soif vive, langue sèche, mais sans douleur locale, et l'urine sortait assez librement. On eut recours aux préparations de quinquina, qui ne produisirent pas l'effet qu'on en attendait. La fièvre augmenta; il survint des douleurs dans les membres, à la poitrine, de l'oppression, de la toux, du délire, météorisme du ventre, décomposition des traits, et enfin la mort. Pendant cette dernière période, dit l'auteur, les organes urinaires, siége de l'affection primitive, paraissaient être rentrés dans l'état normal.

Autopsie : Une petite quantité d'urine trouble dans la vessie, dont la membrane muqueuse présente vers le bas-fond des taches grisâtres de

8 à 10 millimètres, semblables à celles qui résultent de l'application du nitrate d'argent. Ces plaques sont superficielles ; du reste, la membrane est saine et les parois de la vessie à l'état normal.

« Dans toute la portion prostatique du canal, la muqueuse urétrale « est molle, fluctuante et ramollie. Elle est percée de plusieurs ouver- « tures situées sur les parties latérales du vérumontanum. Ces ouvertu- « res sont petites, allongées, au nombre de cinq ; la plus grande peut « avoir 8 millimètres de longueur ; elles communiquent avec l'intérieur « de la prostate. Au delà de la région prostatique, la muqueuse uré- « trale ne présente pas d'altération.

« Au-dessous des ouvertures dont je viens de parler existe un vaste « foyer purulent qui occupe l'intérieur de la prostate et qui se pro- « longe en arrière entre la vessie et le rectum. Cette dernière région est « convertie en clapier, limité en avant par la paroi inférieure de la « vessie, en arrière par le rectum, en haut par le péritoine et commu- « niquant en avant avec l'abcès de la prostate. Les parois de la vessie « et du rectum sont baignées par le liquide purulent qui remplit ce « large foyer ; elles ne sont ni ulcérées ni perforées, mais elles sont « recouvertes par des détritus provenant de la mortification du tissu « cellulaire. La prostate n'est pas complétement détruite par la suppu- « ration. La cavité centrale, remplie de pus, est circonscrite en avant « et latéralement par une couche mince du tissu glanduleux, et par la « membrane fibreuse ; mais en arrière, la base de la glande étant dé- « truite, cette cavité se confond avec le clapier vésico-rectal. Ce vaste « foyer est rempli par un liquide purulent, grisâtre, fétide, ayant une « odeur ammoniacale : c'est un mélange de pus et d'urine, contenant « des débris de tissus gangrénés. »

On trouve, dans les auteurs, plusieurs cas de semblables collections qui se sont ouvertes, les unes dans la vessie, comme l'a vu J.-L. Petit ; les autres dans l'urètre, soit d'elles-mêmes, soit pendant que le chirurgien se livrait à des explorations pour constater la nature du mal. Ainsi, Home en cite un dans lequel la sonde, parvenue à la partie prostatique de l'urètre, évacua une grande quantité de pus, ce qui n'empêcha pas le malade d'être guéri au bout de dix jours. M. Marjolin en rapporte un analogue, avec cette différence toutefois que le sujet succomba et qu'on découvrit un vaste abcès autour de sa prostate indurée. Dans un autre, rapporté par M. Lallemand, on trouva les deux côtés de la partie supérieure de la prostate pâles, très-denses et plus épais que de coutume ; en les écartant, après les avoir divisés, on vit la face inférieure de la partie prostatique de l'urètre percée, comme une écumoire, d'un grand nombre de trous communiquant dans une cavité

d'où l'on faisait sortir un liquide purulent, mêlé de sang ; cette cavité anfractueuse, inégale, et d'un pouce de diamètre dans tous les sens, remplaçait le corps de la prostate, qui ne conservait plus que sa coque, laquelle même, du côté du rectum, n'avait qu'une ligne d'épaisseur. Un homme dont parle Ch. Bell fut attaqué de strangurie après avoir eu pendant longtemps beaucoup de peine à uriner. La sonde ne put arriver dans la vessie ; mais, en la retirant, l'urine coula. Le lendemain, le malade sentit quelque chose se rompre au col de la vessie, et il sortit une grande quantité de pus. Un gros cathéter pénétra ensuite dans la poche urinaire ; cependant, lorsqu'on voulut répéter l'opération, on n'obtint plus le même résultat ; l'instrument pénétra dans un abcès de la prostate, et de là dans la vessie. Il sortit une certaine quantité de pus et d'urine, puis survint une péritonite qui amena la mort au bout de quelques jours. On trouva les parois vésicales fort épaisses, et la surface interne du viscère très-enflammée. A la prostate, il y avait un large abcès, s'étendant entre le rectum et la vessie. Cette dernière et le foyer communiquaient ensemble par une ouverture du diamètre du cathéter ; la partie correspondante de la membrane muqueuse était fortement ulcérée.

Chez certains sujets, l'abcès de la prostate évacue son contenu dans la cavité abdominale. Ch. Bell parle d'un homme qui était atteint d'un rétrécissement urétral, et qu'on traita par des bougies mal dirigées. L'abcès s'était formé entre le rectum et la vessie.

Chez d'autres enfin, c'est par le rectum que le pus s'évacue. M. Caire a observé un malade attaqué d'un rétrécissement, qui, ayant été traité par la cautérisation et la dilatation, fut pris, au bout de quelques jours, de symptômes généraux dépendant d'une affection de la prostate. Un abcès s'ouvrit spontanément dans le rectum. Cependant le pus coulait aussi en partie par l'urètre. On fit porter des sondes à demeure, et la guérison eut lieu. Je rapporterai plus loin un cas analogue.

Home parle de ces abcès s'ouvrant spontanément dans l'urètre, même avant que le chirurgien soit appelé, comme d'un phénomène ordinaire. Il en est d'autres qu'on ouvre en introduisant la sonde ; suivant quelques modernes, le fait ne serait même pas rare ; à la vérité les observations sur lesquelles on s'appuie ne sont peut-être pas aussi concluantes qu'on l'a prétendu. Tel n'est pas le cas rapporté par M. Bonnafont, d'un soldat chez lequel des injections de nitrate d'argent donnèrent lieu à un abcès de la prostate, accompagné de rétention d'urine. La seconde introduction de la sonde donna issue à beaucoup de pus et le malade guérit. Il est d'observation cependant que ceux qui sont circonscrits s'ouvrent rarement ; on les trouve, pour la plupart, enveloppés dans des espèces de kystes. Il ne faudrait pas hésiter

à pratiquer une incision, lorsque la fluctuation est indubitable et le foyer placé d'une manière favorable; elle aurait d'autant plus de succès que la collection serait plus rapprochée de l'ouverture anale. Dans un prochain article nous prouverons par des faits l'utilité de cette opération.

CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LES DENTIFRICES.

Par M. MIALHE.

On considère les dentifrices, comme des préparations uniquement destinées à nettoyer les dents; aussi les range-t-on le plus souvent dans la classe des cosmétiques. Mais c'est là une erreur grave: les dentifrices ne bornent pas là leur action; ils sont appelés à entretenir l'intégrité physiologique de l'appareil dentaire tout entier, et concourent, par conséquent, à rendre aussi parfait que possible l'acte si important de la mastication; à ce titre ils méritent d'être mis au rang des médicaments les plus utiles; bien plus, leur composition chimique et leur mode d'emploi devraient être pour les praticiens l'objet d'une active surveillance.

Pour démontrer la justesse des réflexions qui précèdent, nous ferons remarquer qu'il est incontestable que par un usage sagement raisonné des préparations odontalgiques, on peut annihiler deux des principales causes de la chute prématurée des dents.

Ces causes sont : 1° le dépôt de tartre ; 2° le gonflement des gencives ; 3° l'acidité quotidienne de la salive. —L'accumulation du tartre, comme cause d'altération de l'appareil dentaire, est reconnue par tout le monde; le gonflement de la pulpe gingivale n'a été bien apprécié que par M. le docteur Toirac, qui a savamment démontré que les gencives, en se tuméfiant, finissent par chasser les dents de leurs alvéoles. Enfin l'action destructive des acides salivaires est des plus manifeste dans tous les cas où la salive acquiert des propriétés acides, et notamment dans le diabète. Or, l'expérience démontre que presque toujours on évite l'accumulation des matières insolubles de la salive, c'est-à-dire du tartre, sur les dents, en faisant *journellement* usage d'une poudre dentifrice, composée de substances assez résistantes pour pouvoir exercer sur les dents un frottement convenable, sans offrir cependant assez de dureté pour en altérer l'émail. L'expérience apprend en outre que le plus souvent on fait promptement cesser la flaccidité du tissu alvéolaire, en associant à cette poudre une substance convenablement tonique, ou pour mieux dire, convenablement astringente.

Un mélange de poudre de charbon de bois et de poudre de quinquina remplit assez bien cette double indication; aussi est-ce là le dentifrice que la plupart des praticiens prescrivent à leurs clients quand ceux-ci daignent les consulter à cet égard, ce qui n'arrive pas toujours.

Cependant le charbon et le quinquina offrent quelques légers inconvénients : le charbon est trop dur, il est d'une couleur désagréable; enfin il est d'une insolubilité absolue dans les liquides salivaires, ce qui lui permet de se loger dans les espaces interdentaires et d'y constituer de véritables petits foyers d'infection par suite de la décomposition spontanée des matières alimentaires dont il s'imprègne. Et le quinquina à son tour présente toujours quelques parties fibreuses qui s'implantent dans les gencives et les irritent; de plus, à côté de sa vertu astringente que l'on recherche, il offre le désagrément d'être doué d'une amertume assez marquée sans nul avantage odontalgique; car c'est à tort que quelques personnes ont proposé l'emploi thérapeutique de certains dentifrices à base de quinine, cet alcaloïde organique n'ayant, à cet égard, aucune propriété spéciale.

Tels sont les motifs qui nous ont conduit à publier, il y a quelques années, la formule de la poudre dentifrice que nous allons reproduire ici.

Poudre dentifrice au tannin.

Sucre de lait.	1,000 grammes.
Laque carminée.	10 —
Tannin pur.	15 —
Essence de menthe.	20 gouttes.
— d'anis.	20 —
— de fleurs d'oranger.	10 —

Broyez la laque avec le tannin, ajoutez peu à peu le sucre de lait pulvérisé et passé à un tamis de soie à mailles un peu larges, et puis enfin les huiles essentielles.

Cette poudre dentifrice offre, selon nous, tous les avantages du quinquina et du charbon réunis, sans en avoir aucun des inconvénients, ainsi qu'une longue expérience nous l'a péremptoirement démontré.

L'emploi *quotidien* de ce dentifrice suffit, en effet, presque toujours pour empêcher l'accumulation du tartre sur l'émail dentaire, et pour entretenir la pulpe gingivale dans un état de tonicité convenable. Il est cependant quelques personnes chez lesquelles le relâchement des gencives est tellement prononcé, que cette poudre est impuissante à produire le résultat thérapeutique désiré; mais on l'atteint presque toujours en faisant en outre usage de la préparation éminemment astringente dont voici la formule :

Elixir dentifrice astringent.

Alcool à 33 degrés.	1,000 grammes.
Kino vrai.	100 —
Racines de ratanhia.	100 —
Teinture de Tolu.	2 —
— de benjoin.	2 —
Essence de menthe.	2 —
— de cannelle de Ceylan. . . .	2 —
— d'anis.	1 —

Faites macérer l'espace d'une huitaine de jours le kino et le ratanhia dans l'alcool, filtrez, ajoutez les deux teintures balsamiques et les essences.

Cette préparation odontalgique doit être employée en gargarisme immédiatement après la poudre, à la dose d'une petite cuillerée à café, étendue dans trois à quatre cuillerées d'eau tiède.

En résumé, à l'aide des deux préparations qui précèdent, il est possible de parer à deux des principales sources d'altération des dents, l'accumulation du tartre et le ramollissement des gencives. Quant à la troisième cause de destruction de ces précieux ostéides, l'acidité du fluide salivaire, c'est à tort que quelques médecins croient y remédier en ajoutant aux dentifrices qu'ils prescrivent quelque substance alcaline, attendu que l'effet neutralisant de ces préparations étant momentané, et la sécrétion salivaire acide étant incessante, il en résulte que ces préparations manquent presque complétement le but qu'elles sont appelées à atteindre. Toutes les fois, en effet, que la salive revêt le caractère acide, l'emploi des gargarismes est évidemment illusoire. Il faut recourir, dans ce cas, non à des préparations neutralisantes locales, mais bien à une médication alcaline générale, seule propre à redonner aux humeurs de l'économie animale en général, et à celles de la bouche en particulier, l'alcalinité qui les caractérise dans l'état physiologique.

OBSERVATIONS SUR LES SUCS D'HERBES.

Les sucs exprimés des végétaux herbacés possèdent, en général, les propriétés de la plante ; leur emploi dans la thérapeutique y rend souvent de grands services, et cependant les sucs d'herbes perdent chaque jour de leur antique renommée. On doit en attribuer la cause à la mode, d'abord, qui exerce son caprice et son empire, même en médecine ; ensuite au peu de soin que l'on apporte actuellement à les préparer ; car, depuis quelques années, la vente de ces médicaments est

tombée dans le domaine public, et rarement les pharmaciens sont appelés à les composer.

Un mélange de plusieurs extraits végétaux, dans des proportions convenables, dissous dans de l'eau ordinaire colorée avec du caramel et aromatisée d'hydrolat de persil, de fenouil, de cerfeuil ou d'alcoolat de cochléaria, constitue-t-il un jus d'herbes jouissant de propriétés médicales voulues? Non, nous ne le pensons pas. Voilà pourtant la substitution qui se pratique chaque jour. Nous appuyons notre opinion de celle de M. Bouchardat, qui a constaté que le suc exprimé des plantes actives devrait toujours être conservé et employé sous cette forme, et il propose même l'éther sulfurique comme bon conservateur.

Nous croyons être agréable aux médecins en leur donnant le moyen de reconnaître à l'instant si un suc d'herbes est préparé avec les plantes ou avec des extraits.

Les sucs d'herbes faits avec des extraits sont presque toujours identiques dans leurs couleurs et leurs saveurs; ils peuvent se conserver longtemps sans s'altérer; la chaleur, le sous-carbonate de potasse, l'eau de chaux, les acides acétique, sulfurique et nitrique ne leur font éprouver aucune altération physique. Evaporés jusqu'à siccité, ils répandent, en se carbonisant, une odeur de sucre brûlé.

Les sucs d'herbes faits avec les plantes varient souvent dans leurs couleurs et leurs saveurs; ces variations sont dues aux influences atmosphériques; leur conservation ne va pas au delà de vingt-quatre heures; alors ils se décolorent, se troublent, et contractent une odeur fétide. Si on les chauffe à une douce température, ils répandent le parfum des plantes qui les composent et une odeur herbacée caractéristique à tous les jus d'herbes; si l'on élève davantage la température, ils se décolorent et laissent déposer, par le refroidissement, de l'albumine et de la chlorophille. Les acides acétique, sulfurique et muriatique les troublent; l'eau de chaux, si les jus d'herbes contiennent de l'oseille, y forme un précipité abondant.

STANISLAS MARTIN, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LA FORMATION DES TUBERCULES EST NÉCESSAIREMENT LIÉE A UNE DIATHÈSE LE PLUS SOUVENT ORIGINELLE, QUELQUEFOIS ACQUISE. L'ÉTUDE PHYSIO-LOGICO-CHIMIQUE DU SANG CORROBORE CETTE ASSERTION.

Le mot *nécessairement* placé dans l'exposé de cette question fait préjuger que, dans un grand nombre de cas, un état particulier de l'or-

ganisme prédispose au développement des tubercules. L'observation démontre, en effet, qu'il en est ainsi. Personne ne conteste cette proposition ; mais en la généralisant, un doute scientifique, sage, naîtra dans quelques esprits. C'est ce doute que je vais m'efforcer de dissiper. Et d'abord, distinguons et l'habitude des personnes portant des tubercules dans les glandes, de celle des sujets affectés de phthisie pulmonaire, et la composition chimique du produit anormal dans ces deux circonstances pathologiques.

En lisant les auteurs, on serait tenté de reconnaître qu'ils ont voulu différencier la diathèse strumeuse de celle qui produit les tubercules pulmonaires. Ainsi, Baron et Murray, après avoir expérimenté les préparations d'iode, avancent qu'elles sont efficaces contre la phthisie scrofuleuse, tandis qu'elles n'améliorent point la phthisie pulmonaire commune, celle des adultes. Cependant, cette distinction est tellement subtile, qu'aucun auteur, que je sache, ne l'a posée nettement. Les deux prédispositions dont il s'agit ont beaucoup de points de contact, mais ne sont pas identiques ; n'y eût-il de différence entre elles que celle de l'âge, ce serait déjà en reconnaître une. En effet, dans l'enfance, les tubercules affectent plus particulièrement les glandes. Ainsi, tandis qu'un père ou une mère sont phthisiques, leur enfant peut être simplement scrofuleux. Toutefois, celui-ci a une grande prédisposition aux tubercules pulmonaires ; mais ce qu'il est plus commun de voir, ce sont des enfants affectés de ce qu'on appelle vulgairement humeurs froides, et dont les parents jouissent d'une parfaite santé. L'habitation d'une maison humide suffit pour développer cette manifestation de scrofule.

Dès le jeune âge, l'enfant qui porte ou qui a plus de disposition à ne porter des tubercules que dans les glandes, a généralement les formes extérieures grossières, insymétriques, les articulations disproportionnément volumineuses ; les os sont mous, parce que le phosphate calcaire, qui devrait leur donner la consistance, s'assimile difficilement avec eux et se dépose, au contraire, dans les glandes ou les glandules. Si l'affection scrofuleuse a tendance à se modifier avantageusement, nous retrouvons à l'époque de l'adolescence les os gros, mais généralement d'une consistance normale.

L'enfant phthisique, ou destiné à le devenir, présente des formes extérieures petites, dégagées ; et de très-bonne heure, ses petits os se sont assimilé le phosphate de chaux, conséquemment ils sont durs et fermes. On m'objectera que beaucoup d'enfants scrofuleux sont malingres. Oui, ceux qui sont destinés à devenir phthisiques. Sur trois cent cinquante-huit sujets ouverts par M. Louis, qui portaient des tubercules, aucun d'eux n'a présenté ce produit anormal dans un organe

quelconque, qu'il ne l'eût aussi dans les poumons. Le soin minutieux que met M. Louis dans ses recherches nous oblige à accepter ses assertions comme vraies. Mais l'observation journalière ne nous fait-elle pas rencontrer souvent des personnes affectées de concrétions calcaires dans les glandes, sans qu'elles présentent aucun signe d'affection de poitrine ; d'autres, dont les glandes sous-maxillaires offrent continuellement, au toucher au moins, la grosseur d'une aveline, qu'elles soient abcédées ou non, personnes éprouvant ou non la petite toux sèche caractéristique du premier degré de la phthisie pulmonaire, et qui vivent cependant jusqu'à un âge avancé? La glande diminue de volume sous l'influence de la médication iodée, tout en conservant un petit noyau dur. Cette toux, je l'explique, lorsque l'auscultation et la percussion restent muettes, par l'état pathologique des glandes bronchiques.

Admettons néanmoins le fait avancé par M. Louis, et voyons la contre-preuve. Le phthisique peut présenter des tubercules dans d'autres organes que le poumon ; mais cela n'existe pas nécessairement. Les tubercules pulmonaires passent rarement à l'état crétacé ; lorsque cette transformation survient, elle est une des terminaisons favorables de la phthisie, tandis que ces produits accidentels dans les glandes sont souvent en majeure partie formés de sels calcaires.

Ainsi, d'après ce qui précède, que le tubercule soit déposé dans quelque organe que ce soit, une prédisposition constitutionnelle lui a préexisté, prédisposition qui ne me semble pas être identique dans tous les cas. Notons aussi que cette prédisposition n'est pas nécessairement héréditaire, et a bien pu se développer sous l'influence de circonstances antihygiéniques. Et, telle de ces circonstances qui, agissant seule, produit la scrofule, amènera rarement la phthisie, par exemple, le cas d'une habitation humide.

Laënnec a tenté de prouver que les diverses affections des voies respiratoires, catarrhe, pneumonie, etc., ne se terminent point par le dépôt des tubercules, s'il n'y a une diathèse préalable. Je suis un peu moins exclusif que l'illustre auteur du Traité de l'auscultation médiate. Non, le tubercule ne peut se former sans une prédisposition, mais celle-ci n'est ni nécessairement originelle, ni nécessairement dépendante d'excès quelconque. Elle peut être amenée à la longue par une maladie de poitrine, se prolongeant au delà de son terme ordinaire. Matérialisant cette expression vague de prédisposition, je dis que l'état que l'on veut caractériser par elle, est la pléthore veineuse, notamment celle du système veineux abdominal. Le phthisique, et déjà l'enfant du phthisique, présentent cette disposition. Il est facile de concevoir qu'elle puisse prendre naissance sous l'influence de toute maladie qui, durant longtemps,

a pour résultat d'amoindrir l'hématose, par exemple, une pleurésie chronique. La phlegmasie de la plèvre a été le point de départ de la pléthore veineuse ; celle-ci sera le point de départ des tubercules.

Ce qui précède est corroboré par les travaux de MM. Andral et Gavarret, sur la composition chimique du sang. Bien que ces observateurs n'affirment pas, comme moi, que toute maladie, et particulièrement celles de la poitrine, puissent à la longue amener la pléthore veineuse, et par suite la tuberculisation pulmonaire, ils reconnaissent dans le sang des phthisiques des modifications remarquables, surtout dans les globules. J'ai avancé déjà autre part : 1° que le premier degré de la prédisposition aux tubercules est la pléthore veineuse; 2° que son second degré est un défaut de cohésion dans les parties constituantes du sang, en d'autres termes, que ceux de ses principes qui se dissocient, se trouvant en suspension, sont charriés par lui dans la trame cellulo-vasculaire du poumon où ils sont déposés ; d'où il suit que le tubercule s'accroît par juxtaposition. M. Andral, dans son Essai d'hématologie pathologique, dit, page 170 : « Dès le début de la tuberculisation pulmonaire, et alors que l'auscultation peut encore à peine en signaler l'existence, on trouve déjà les globules plus abondants.

Quant à moi, je suis porté à penser que cette diminution dans les globules est précisément ce qui diminue la force de cohésion dans la masse du sang. Prenons pour comparaison un sel minéral quelconque très-soluble dans l'eau, que l'on diminue ou que l'on augmente une de ses parties constituantes, il peut arriver que le sous-sel ou le per-sel qui en résultera soit moins soluble que le composé primitif, qu'une partie de ce dernier reste en dissolution, tandis que le produit décomposé se dépose ou reste en suspension.

Je résume : une modification de l'organisme est nécessaire pour la production des tubercules ; cette modification est d'abord la pléthore veineuse, ensuite le défaut de cohésion dans le sang, circonstance qui se produit sous l'influence de la diminution d'un de ses éléments constitutifs, des globules le plus souvent.

Plus une personne perd ses couleurs, plus elle perd ses globules sanguins. Au moment où le tubercule est sur le point d'être déposé dans les organes, une plus grande pâleur étant appréciable, ce signe doit être pris en sérieuse considération ; c'est alors qu'il n'est plus permis de s'affranchir des règles de l'hygiène, que le séjour à la campagne, et l'exercice en plein air, deviennent rigoureusement nécessaires. Le tubercule peut n'être pas encore déposé, le danger est imminent ; il l'est davantage si, à la pâleur, s'est jointe une certaine diminution des forces. Cette pâleur est caractéristique ; ce n'est pas toujours un blanc mat,

comme à la fin de beaucoup de maladies ; la peau du visage est plutôt d'une couleur plombée, la sclérotique est bleu de perle, signe évident de pléthore veineuse qui indique que le lacis vasculaire artériel et veineux qui compose la choroïde est congestionné de sang veineux. Bichat a, du reste, démontré victorieusement que toute circonstance qui interrompt les fonctions chimiques du poumon produit l'asphyxie, c'est-à-dire, le passage du sang noir dans les artères ; que si l'hématose est seulement diminuée, la mort ne s'ensuit pas immédiatement, mais qu'elle sera d'autant plus prompte que l'hématose sera moindre, en d'autres termes, qu'une plus grande quantité de sang veineux passera dans le système artériel.

Le sang n'est pas seul altéré lorsqu'il existe des tubercules. M. Dupuy, d'Alfort, a signalé une surabondance de phosphate de chaux dans le lait des vaches phthisiques. Si la tuberculisation, et, avant elle, sa prédisposition, retiennent dans les liquides de l'économie le phosphate calcaire qui serait destiné à donner aux os des enfants leur consistance normale, ne s'ensuit-il pas que ceux qui présentent l'ostéo-malaxie sont prédisposés aux tubercules ? En effet, beaucoup d'enfants à os mous contiennent cette sécrétion anormale dans les os eux-mêmes.

Dans tous ces cas, une diathèse le plus souvent originelle, quelquefois acquise, a préexisté au dépôt de la matière tuberculeuse.

BERNARDEAU, D.-M.
à Tours.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Kératite chronique. — Administration du calomel à doses fractionnées. — Depuis que l'administration du calomel à doses fractionnées est passée dans la thérapeutique, les praticiens ont eu de nombreuses occasions de signaler les avantages et l'importance de cette méthode. Le calomel ainsi prescrit est à la fois un des plus puissants agents antiphlogistiques, et un des médicaments dont la puissance et la durée de l'action sont le plus faciles à diriger et à limiter. Le fait qui suit est un exemple des bons résultats qu'on en peut retirer dans certaines affections de l'œil, qui sont en général rebelles à la plupart des autres médications.

La fille Françoise, domestique, âgée de cinquante ans, est, depuis plus de vingt ans, atteinte d'une kératite double, qui a amené une opacité complète de la cornée du côté gauche, et a déterminé du côté droit la formation de deux petites taies blanches qui rendent la vision in-

complète. Depuis plusieurs années, elle n'éprouve aucune douleur. L'œil n'est le siége d'aucune rougeur, la conjonctive est parfaitement saine, ainsi que l'iris qui a gardé toute sa contractilité. La malade distingue bien les objets, la lumière la plus vive ne produit aucune douleur.

Dans la journée du 18 février, et sous l'influence probable d'un refroidissement, la malade accuse un peu de douleur dans l'œil droit. La conjonctive est un peu rouge et injectée, ainsi que la cornée qui s'est obscurcie. La malade éprouve de la douleur en face d'une lumière vive. Elle ne distingue plus les objets qui sont voilés comme par un brouillard. Le 19, le même état continue, ainsi que le 20, où on prescrit à la malade :

℞ Calomel	. . . .	10 centigrammes.
Sucre	. . . .	5 grammes.

Mêlez et divisez en douze paquets, à prendre un paquet toutes les deux heures.

Le 21. Aucun changement du côté de l'œil malade. Pas d'action du calomel sur les gencives; deux évacuations diarrhéiques vertes; un peu d'amertume de la bouche.

On prescrit de nouveau la même quantité de calomel, administré de la même manière.

Le 22. La vue est beaucoup plus claire, l'œil un peu moins rouge; la cornée semble s'être dégagée et un peu éclaircie. Les gencives sont rouges, tuméfiées, un peu douloureuses. La salivation assez abondante, goût métallique prononcé, deux évacuations diarrhéiques.

On redonne. Calomel	. . . .	5 centigrammes
Sucre	. . . .	5 grammes.

Mêlez et divisez en six paquets.

Le 23. La tuméfaction des gencives et la salivation sont considérables, l'œil n'est presque plus rouge, la cornée s'est éclaircie, la vision est revenue au même état qu'auparavant. Il reste seulement les deux taies anciennes et indélébiles.

Le cinquième jour, la salivation avait disparu, les gencives revenaient à leur état naturel. La vision était incomplète comme auparavant, mais suffisante cependant pour permettre à la malade de se livrer à ses occupations de domestique.

Accidents cérébraux graves déterminés par une entérite aiguë. — Une petite fille, âgée de six mois, en apparence bien constituée, est amenée par sa mère dans le service de M. Trousseau (salle Sainte-Thérèse, n° 10 *bis*). Sevrée depuis un mois seulement, elle avait été prise,

immédiatement après le sevrage, d'une constipation très-opiniâtre, qui avait duré pendant vingt jours environ, pour faire place, il y a six jours, à une diarrhée d'une très-grande intensité. La diarrhée elle-même s'accompagna, dès le second jour, d'une fièvre très-vive qui persiste encore. Des convulsions survinrent le troisième jour. Ces convulsions se renouvelaient plusieurs fois par jour, occupant tous les membres et les muscles du visage. Lorsqu'elles cessaient, les poings de l'enfant restaient fermés, et les yeux renversés en haut et en dehors. Au moment de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, l'entérite s'était un peu amendée et en même temps les convulsions avaient perdu de leur violence; mais on constatait de nouveaux symptômes cérébraux. Le strabisme était très-évident. Il était impossible de fixer les regards de l'enfant sur quelque objet que ce fût, pas même sur ceux qu'elle recherchait avidement avant sa maladie; les objets brillants n'attiraient pas non plus ses regards; les yeux ne clignaient pas lorsqu'on en approchait un objet quelconque. L'agitation était très-grande; les cris, presque continuels, ne cessaient que lorsqu'on donnait à boire à l'enfant. La tête était souvent agitée d'un mouvement de rotation. On ne constatait ni déviation des traits du visage, ni paralysie des membres supérieurs ou inférieurs; le cou était fortement tendu, la tête renversée en arrière; l'enfant complétement privée de sommeil. Le pouls était fréquent et la peau plus chaude qu'à l'état normal.

Tous ces accidents persistèrent avec une intensité presque égale pendant dix jours environ; l'entérite avait disparu alors que les symptômes cérébraux continuaient encore. Dès le huitième jour pourtant, l'agitation des membres, la raideur du tronc, le strabisme avaient diminué pour disparaître après dix jours environ de durée. L'enfant, gardée quelques jours encore à l'hôpital, put sortir en très-bon état sans qu'aucun des accidents nerveux persistât.

On voit, par le fait qui précède, avec quelle facilité des accidents cérébraux se développent dans la première enfance, à l'occasion des maladies les plus différentes. Une entérite aiguë accompagnée de fièvre, quelquefois même un simple catarrhe intestinal non fébrile, suffisent pour provoquer des symptômes qui sembleraient indiquer quelque lésion grave des centres nerveux. Dans des cas rares, et en particulier dans l'observation que nous venons de rapporter, ces symptômes persistent encore un certain temps après que toute trace de la phlegmasie intestinale a disparu. Ce sont là des faits dont il importe de tenir compte dans l'appréciation des convulsions de la première enfance. On ne saurait trop se persuader qu'à cet âge, des convulsions, des accidents cérébraux de forme grave peuvent naître à l'occasion des mala-

dies les plus différentes, occupant soit les organes respiratoires, soit l'appareil digestif, et simuler fréquemment, même pendant plusieurs jours, de véritables méningites. Du reste, si le diagnostic de ces accidents cérébraux présente quelques difficultés, le pronostic n'en offre pas de moins grandes. Tantôt on les voit disparaître soit en même temps que les affections qui les ont provoqués, soit quelques jours après, et sans laisser aucune trace; tantôt, au contraire, ils sont rapidement suivis de mort, et quelquefois alors même que la maladie qui leur a donné naissance marche à la guérison. C'est là une diversité dont il est véritablement impossible de se rendre compte. L'exemple suivant, recueilli dans le même service, vient encore à l'appui de ces réflexions.

Pneumonie double. — Symptômes cérébraux graves, suivis de mort. — Absence de lésions anatomiques dans l'encéphale. — Lamiral (Elisa), âgée de sept mois, est amenée à l'hôpital Necker (salle Sainte-Thérèse, n° 7 *bis*). Sevrée depuis cinq jours seulement, elle avait jusqu'alors joui d'une excellente santé. Pendant qu'on la ramenait de nourrice, six jours auparavant, elle avait été prise pendant le voyage d'un rhume violent; puis, deux jours après, la fièvre s'était allumée avec beaucoup de toux et de dyspnée. Au moment où l'enfant entrait à l'hôpital, la face était anxieuse, les ailes du nez agitées dans les mouvements respiratoires, la respiration fréquente, le sillon péripneumonique costo-abdominal très-profond, la fièvre vive. On entendait des deux côtés de la poitrine, et du haut en bas, du râle sous-crépitant, sans mélange de souffle, et, dans les inspirations profondes, du râle crépitant sec. Une sangsue fut appliquée à chaque genou. On administra une potion contenant cinq centigrammes de kermès.

Le lendemain, la pneumonie avait fait des progrès. Du côté gauche on entendait du souffle dans toute la partie supérieure; du côté droit, à la base, et latéralement. La fièvre et l'oppression étaient considérables, l'agitation très-grande, la face anxieuse. On appliqua dans le dos un très-large vésicatoire volant, et on prescrivit dix centigrammes de kermès.

Malgré l'usage de ces moyens énergiques, la phlegmasie pulmonaire continua à faire des progrès. Bientôt on cessa d'entendre du râle sous-crépitant. Dans toute la poitrine, et du haut en bas, on ne constatait plus qu'un souffle considérable. Peu à peu cependant, sous l'influence des applications répétées de vésicatoires volants et de l'administration du kermès et de la digitale, la pneumonie repassa au premier degré, et le râle sous-crépitant reparut dans toute l'étendue de la poitrine. La

fièvre persistait, la peau était sèche, l'enfant avait, après quinze jours de maladie, notablement maigri.

Il était dans cet état, lorsqu'un matin la mère annonça que, pendant la nuit, il était survenu de nombreuses convulsions. L'enfant était plus pâle; les yeux, par moments, semblaient fixes; il y avait de la somnolence, de l'abattement, et, par intervalles, un peu de strabisme. — Le lendemain, les convulsions avaient continué; elles étaient plus violentes dans le bras gauche, qui restait raide et continuellement agité de petites saccades convulsives. Ces convulsions se répétaient très-fréquemment et occupaient tous les membres. Il y avait de la fièvre, un peu de stupeur, et une indifférence complète aux choses extérieures. — Le troisième jour, l'état éclamptique continuait. La stupeur était plus grande, les yeux étaient fixes; l'enfant retombait dans un état de somnolence dès qu'on cessait de l'exciter; l'expression du visage rappelait celle des enfants atteints de fièvre cérébrale. — Le quatrième jour enfin, depuis le début des accidents cérébraux, les convulsions devenaient continuelles, et l'enfant succombait au milieu d'une violente attaque éclamptique.

A l'autopsie, la substance cérébrale, la pie-mère, l'arachnoïde, toutes les parties contenues dans le crâne étaient examinées avec le plus grand soin. Il était impossible de constater la moindre lésion anatomique, quelle qu'elle fût. Les deux poumons étaient le siége de pneumonie lobulaire, agminée dans certains points étendus, disséminée dans d'autres, sans trace de tubercules. Le tube digestif, ouvert dans toute sa longueur, ne présentait aucune altération. Dans aucun point autre que l'organe pulmonaire, on ne trouvait de lésion appréciable.

Tumeur érectile veineuse. — Caustique de Vienne. — Guérison. —Le traitement des tumeurs érectiles veineuses a de tout temps préoccupé vivement l'attention des chirurgiens. Lorsque la tumeur est volumineuse et occupe une très-grande étendue, il nous paraît préférable de l'attaquer avec le caustique de Vienne, qui offre l'avantage d'être plus facile à manier, plus sûr dans son mode d'action; j'ajoute qu'il me paraît être entouré de moins de dangers que tout autre procédé chirurgical, et cela parce que l'on peut presque à volonté limiter le travail inflammatoire qui doit consécutivement amener la guérison. A l'appui de ce que nous venons de dire, nous citerons l'observation suivante.

La nommée Bourgeois (Zoé), âgée de vingt-deux ans, d'une forte constitution, entra le 17 janvier 1848 à l'hôpital Saint-Louis pour y être traitée d'une tumeur érectile veineuse énorme, qu'elle porte à la

fesse droite depuis sa naissance. Cette tumeur est violacée, sa circonférence est irrégulière; elle occupe une grande partie de cette région, dans l'étendue surtout du muscle grand fessier. Ses dimensions sont: transversalement, 10 à 11 cent. en haut, en bas 16 à 17. Sa surface est inégalement bosselée; quand on comprime une de ces saillies, on voit la saillie voisine se gonfler considérablement. Au sommet de ces bosselures on aperçoit plusieurs points hémorrhagiques. A chaque apparition des règles, elle sentait manifestement la tumeur se tuméfier, il en était de même lorsqu'elle toussait ou lorsqu'elle marchait.

Le 21, M. Jobert fait une première application du caustique de Vienne, et produit six escarres de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Presque immédiatement, il se manifeste une hémorrhagie, qui est bientôt arrêtée au moyen de quelques rondelles d'agaric.

Le 26. Nouvelle cautérisation.

Le 2 février. Les escarres sont détachées; à leur place on aperçoit des ulcérations peu profondes qui suppurent.

Le 8. Troisième application du caustique.

Le 28. Quatrième cautérisation; on attaque surtout les parties de la tumeur qui avaient jusqu'ici échappé au caustique.

Le 6 mars, la malade qui est enceinte de plusieurs mois demande sa sortie. Les ulcérations sont presque complétement guéries, la tumeur n'est plus globuleuse et ne se laisse plus déprimer sous le doigt, qui perçoit au contraire la sensation d'un corps résistant.

Le point le plus important de cette observation, celui qui mérite surtout de fixer l'attention du praticien, c'est la manière prudente et méthodique avec laquelle le caustique a été appliqué. Tout en évitant, en effet, les accidents inflammatoires dont chacun connaît la gravité en pareille circonstance, l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis est arrivé à la destruction complète du tissu érectile, et cela en attaquant la tumeur à différentes reprises et superficiellement, de telle sorte que l'escarre n'a fait que commencer une guérison que le tissu inodulaire a achevée ensuite.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CAUTÉRISATION CONTINUE (*De la*) *dans le traitement des ulcérations syphilitiques.* « Le traitement, quel qu'il soit, qui guérit le plus vite l'accident local, a dit M. Ricord, est, en définitive, le meilleur antisyphilitique. » Cette opinion, qui compte aujourd'hui de nombreux adhérents parmi les praticiens, a suscité à M. le docteur Ebrard, de Bourg, l'idée de chercher un mode de cautérisation plus efficace que la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Il croit avoir atteint ce but en appliquan

au traitement des chancres syphilitiques un mode de cautérisation analogue à celoi qu'emploie M. le docteur Baumès dans les ulcérations non syphilitiques qui accompagnent la balanite. Ce moyen, qu'il désigne sous le nom de cautérisation continue, consiste à tenir appliqué sur les chancres un boordonnet de charpie imbibé d'une solution de nitrate d'argent cristallisé, 5 à 6 décigrammes du caustique pour 10 grammes d'eau distillée. Cette application aurait, en effet, sur le mode ordinaire de cautérisation, l'avantage d'être plus uniforme, d'avoir une action continue, et d'agir chimiquement sur le pus sécrété par la plaie, auquel le liquide, resté libre dans le bourdonnet de charpie, ôte ses propriétés irritantes pour les parties voisines, et ses propriétés virulentes pour l'économie générale. En outre, et ce sont là les avantages sur lesquels insiste plus spécialement M. Ebrard, sous l'influence de ce genre de traitement, les ulcérations syphilitiques récentes se cicatrisent en quelques jours, les chancres phagédéniques se détergent et passent rapidement à la période de réparation ; l'inflammation et la douleur diminuent: enfin les dangers de l'infection sont presque nuls. Vingt-deux personnes, ayant des ulcérations syphilitiques recentes, ont été traitées par lui au moyen de cette méthode. Une seule n'en a pas ressenti les bons effets ; mais, ainsi que le fait remarquer l'auteur, ce fait négatif est dénué de toute valeur, le malade n'ayant voulu s'astreindre à aucun régime et s'étant livré pendant le cours du traitement à toutes sortes d'excès. Chez les vingt-un autres malades, la cicatrisation ne s'est pas fait attendre plus de huit jours, et aucun d'eux n'a eu plus tard d'accidents secondaires.

Lorsque l'infection générale existe, ajoute M. Ebrard, la cautérisation continue conserve encore sa supériorité sur les autres traitements locaux ; seulement la cicatrisation des chancres s'accomplit plus lentement, parce qu'ils sont ordinairement d'un diamètre plus grand que les tissus qui leur servent de base, et sont altérés plus profondément.

La cautérisation avec la solution a paru être beaucoup moins douloureuse qu'avec le crayon de nitrate. Elle est le moyen le plus efficace pour dissiper l'inflammation et l'extrême sensibilité des chancres, dans les cas, par exemple, où l'afflux sanguin et l'exagération de la sensibilité sont entretenus par leur état phagédénique. La cautérisation continue empêche, non-seulement le phagédénisme, mais elle le dissipe lorsqu'il existe. Elle réussit également dans le traitement des ulcérations non syphilitiques, dans le traitement des plaies sanieuses ou pultacées, ce que l'auteur a particulièrement observé chez les habitants des pays marécageux.

Partant de ces dernières données, M. Ebrard pense, enfin, que cette médication, dont l'effet le plus constant est de changer le caractère des plaies de mauvais aspect et d'empêcher l'infection de l'économie, en amenant leur prompte cicatrisation, pourrait être utilement appliquée comme moyen prophylactique de la résorption purulente, comme l'a déjà proposé d'ailleurs M. Guyon.

La cautérisation continue réclame, du reste, de l'aveu de M. Ebrard, quelques précautions ; elle doit subir, dans son exécution, des modifications en rapport avec l'état des chancres. Ainsi, il est convenable que l'application des bourdonnets de charpie soit toujours précédée d'un bain local ou de lotions émollientes. La charpie qu'on peut enlever est-elle adhérente, il faut l'humecter avec de l'eau tiède avant de chercher à la détacher; si la suppuration des chancres est abondante, il faut multiplier les pansements deux ou trois fois par jour. La sécrétion du pus est-elle moindre, le chancre est-il dans toutes ses parties à l'état de réparation, un seul pansement suffit; la dose du nitrate d'argent contenu dans la solution peut être diminuée.

La méthode proposée par M. Ebrard nous paraît digne, en tous points, d'être recommandée aux praticiens. (*Union médicale*, avril 1848.)

CLAVICULE (*luxation en arrière de l'extrémité sternale de la*). Boyer, ainsi que la plupart des chirurgiens, ont regardé comme presque impossible cette sorte de luxation, en raison de la résistance que les muscles trapèze et rhomboïde opposent aux mouvements par lesquels l'épaule serait portée en avant. L'observation suivante, publiée par M. Arnoud, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pointe-à-Pitre, met hors de doute la possibilité d'une luxation en ce

sens par une cause externe. Cette observation présente en outre un grand intérêt au point de vue pratique, puisqu'elle signale quelques signes nouveaux à l'aide desquels il est facile de la reconnaître, ainsi que la position à donner au bras pour maintenir les parties en contact après leur réduction.

Appelé, le 10 février 1848, pour visiter un jeune nègre de 14 ans, qui, d'après le dire de son maître, était rentré le matin à l'établissement, tout difforme et accusant une vive douleur au cou, M. Arnoud, reconnaissant une luxation en arrière de l'extrémité sternale de la clavicule gauche, envoya le malade à l'hôpital, afin de rendre les officiers de santé de la marine témoins de ce fait rare et intéressant. Voici l'état que présentait le blessé lorsqu'il fut admis : tête inclinée à gauche, épaule gauche plus élevée, membre supérieur gauche descendant moins bas que le droit ; impossibilité de lever spontanément le bras, qui reste pendant et appliqué sur le côté du corps ; clavicule gauche oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière ; au devant de son articulation sternale, on trouve une dépression profonde au lieu d'une saillie ; le cartilage inter-articulaire est attaché au sternum, il jouit d'une mobilité qui simulerait assez bien une fracture de la tête claviculaire, si l'on ne se rendait facilement compte de cette circonstance anatomique. Au-dessous de la clavicule, vers la partie moyenne, une saillie mollasse, flasque, produite sans doute par le relâchement des fibres musculaires du grand pectoral qui s'attachent à la clavicule.

La réduction fut facile, en portant l'épaule en dehors, puis en arrière, et ramenant les extrémités articulaires en rapport ; mais il n'en fut pas de même pour les maintenir ; le bandage de Mayor, avec un coussin dans le creux de l'aisselle (voir pag. 356), fut essayé inutilement ; la tête de la clavicule glissait bientôt sur le sternum et le déplacement se reproduisait avec la plus grande facilité. M. Arnoud se rappela alors que M. Pelissière (de Clermont) avait conseillé, pour certains cas de fracture de la clavicule, de placer l'avant-bras en demi-flexion derrière le dos, au lieu de le maintenir au devant de la poitrine ; après avoir réduit de nouveau, le bras fut fléchi et placé dans cette position qui, seule, permettait le contact des parties ; le bandage de Mayor fut de nouveau employé pour fixer le membre. Cette flexion de l'avant-bras en arrière n'est pas douloureuse, dit M. Arnoud, ainsi qu'on l'a prétendu. Elle atteint parfaitement le but qu'on se propose, puisqu'en portant l'épaule en arrière, elle fait saillir l'extrémité sternale de la clavicule et prévient un nouveau déplacement. (*Gaz. des hôpitaux*, avril 1848.)

DOUCHES FROIDES (*Des*) *appliquées au traitement de la fièvre intermittente*. L'idée de recourir aux applications froides pour combattre la fièvre intermittente n'est pas nouvelle ; mais, soit que les effets obtenus n'aient pas été satisfaisants, soit que ce moyen ait été jusqu'ici mal employé, toujours est-il que bien peu de praticiens songeaient à y avoir recours, lorsque le bruit qu'a fait, dans ces dernières années, la méthode hydrothérapique a naturellement rappelé l'attention sur ce moyen, et provoqué de nouveaux essais. Après avoir consulté les données acquises sur ce sujet, M. le docteur Fleury a formé le projet d'appliquer l'eau froide au traitement de la fièvre intermittente, mais en s'éloignant également des errements anciens et de ceux des hydrothérapistes. Voici de quelle manière il a procédé :

« J'ai laissé, dit-il, les accès suivre leur marche, sans qu'aucun modificateur ait été mis en usage pendant leur durée. Pendant l'apyrexie, je n'ai eu recours à aucun agent pharmaceutique, et je me suis abstenu du régime froid, des boissons à haute dose, des sudations, des lotions, des emmaillottements, etc. Le traitement a consisté, *exclusivement*, en douches froides administrées une ou deux heures avant le retour présumé de l'accès, et quelquefois pendant le jour d'apyrexie. L'eau étant à la température de 14 à 12 degrés centigrades, les malades ont reçu simultanément, pendant cinq à dix minutes, une douche en pluie générale et une forte douche locale de 3 centimètres de diamètre, dirigée sur la région splénique. »

A l'aide de ce traitement, M. Fleury se proposait : 1° d'exercer sur le système nerveux et sur la circulation capillaire générale une perturbation puissante ; 2° d'opposer une réaction périphérique énergique, une stimu-

lation de toute l'enveloppe cutanée, au frisson, à la période algide; 3° de modifier la circulation de la rate, afin de combattre l'engorgement de cet organe.

Sur onze sujets atteints de fièvre intermittente simple, sans complication aucune, qui ont été soumis à ce traitement, un seul, chez lequel la fièvre était accompagnée d'accidents très-graves, et qui avait eu déjà dix accès, a été guéri par une seule douche; tous les autres malades ont reçu plusieurs douches, et chez tous l'effet a été constamment le même. Dès la première douche, l'accès fébrile est retardé; il ne commence que deux ou trois heures après l'heure habituelle de l'invasion, il est moins intense et plus court; le frisson est abrégé de moitié ou même des 5/6. La chaleur, la céphalalgie, les symptômes généraux subissent également une diminution très-remarquable. La durée totale de l'accès est abrégée, souvent de moitié et quelquefois même davantage. Les phénomènes morbides qui existent pendant l'apyrexie, tels que la céphalalgie, la courbature, l'anorexie, etc., sont notablement amendés. Enfin, la rate diminue graduellement de volume.

De tous les effets signalés par M. Fleury, le plus remarquable, sans contredit, est l'influence qu'exercent les douches froides sur l'engorgement de la rate. L'observation suivante, que nous choisissons entre plusieurs, offre un exemple des plus manifestes de cette influence.

Obs. Un individu, âgé de trente-cinq ans, atteint d'une fièvre quotidienne depuis le mois d'août 1846, après environ dix mois de traitement infructueux par le sulfate de quinine, et d'alternatives fréquentes de guérison momentanée et de rechute, alla consulter M. Fleury qui constata l'état suivant: M... présentait, à un haut degré, tous les caractères de la cachexie paludéenne; il éprouvait de fréquentes palpitations accompagnées d'un bruit de souffle dans les vaisseaux du cou. La rate formait, dans le flanc gauche, une tumeur appréciable à l'œil; la palpation et la percussion montraient que cet organe avait pris un développement énorme; elle descendait, en effet, jusque vers la fosse iliaque, et s'étendait jusque vers le flanc droit. Le diamètre vertical était de 23 centimètres; le diamètre transversal de 15. Cet homme avait, toutes les nuits, un accès fébrile qui ne cessait que vers le matin; le frisson était peu intense, mais la période de réaction était accompagnée d'agitation, de palpitation, de battements artériels, de céphalalgie. — Le 24 juin 1847, M... prit une douche à huit heures du matin, et l'on agit énergiquement sur la région splénique. La rate, mesurée immédiatement, diminua de 2 centim. vers le creux axillaire, et de 7 centim. vers la fosse iliaque. A cinq heures du soir, seconde douche; la percussion, pratiquée avant la séance, montrait que la rate avait repris ses limites supérieures, mais qu'inférieurement son volume primitif était moindre de 3 centim. Après la douche, l'organe était revenu aux dimensions constatées à la suite de la douche du matin. L'accès avait été plus court et moins intense. Bref, après la quatrième douche, la rate ne présentait plus que 12 centim. dans son diamètre vertical, et 8 dans son diam. transversal; les forces étaient revenues. Deux douches encore furent administrées, la fièvre disparut complètement (le 28 juin, quatrième jour du traitement), et la rate n'avait plus, le 30, que 9 centim. verticalement, et 7 transversalement.

En résumé des observations qu'il a recueillies, M. Fleury déduit les propositions suivantes:

1° Dans le traitement de la fièvre intermittente récente, simple, avec engorgement plus ou moins considérable de la rate, les douches froides peuvent être substituées au sulfate de quinine.

2° Dans le traitement de la fièvre intermittente ancienne, ayant récidivé plusieurs fois, accompagnée d'un engorgement considérable et chronique de la rate ou du foie, et de phénomènes cachectiques, les douches froides doivent être préférées au sulfate de quinine. Plus rapidement et plus sûrement que celui-ci, elles coupent la fièvre, ramènent les viscères à leur volume normal, et font disparaître les phénomènes cachectiques, sans que l'on ait à redouter les accidents que les hautes doses de sulfate de quinine déterminent si fréquemment du côté du système nerveux et des voies digestives.

3° L'action curative des douches froides est complète, car non-seulement elle guérit la maladie, mais

elle en prévient encore les récidives.

Nous terminerons cette analyse par une seule réflexion. On peut contester, jusqu'à un certain point, aux fièvres qu'a eues à combattre M. Fleury, le caractère des fièvres franchement paludéennes, les plus graves de toutes sans contredit. Les douches froides réussiront-elles aussi bien au début des fièvres de marais que le sulfate de quinine? c'est ce qu'il est permis de mettre en doute, et ce qui ne pourra être résolu que par les médecins placés au centre des foyers habituels des fièvres marécageuses, auxquels nous soumettons la question. (*Archives générales de Médecine*, mars 1848.)

EAUX THERMALES *de Bourbonne-les-Bains : essai sur leur action thérapeutique, indications et contre-indications de leur emploi*. La science possède si peu de connaissances précises et exactes sur la valeur relative des eaux thermales, et sur les applications dont elles sont susceptibles, que l'on ne saurait accueillir avec trop d'empressement les travaux entrepris par des hommes consciencieux et désintéressés, dans le but d'éclairer sur ce point la profession médicale. A ce titre, le travail de M. Mabille se recommande à l'attention des médecins. Envoyé comme chirurgien militaire à l'hôpital de Bourbonne-les-Bains, en 1841, ce médecin a profité de son séjour pour étudier l'influence de ces eaux thermales, et poser nettement les indications et les contre-indications de leur emploi. Suivant lui, les eaux minérales de Bourbonne ne conviennent point contre les affections aiguës; il faut s'en abstenir également dans les maladies de l'encéphale, parce qu'elles exaltent les facultés intellectuelles, et congestionnent le cerveau. Les eaux de Bourbonne sont beaucoup vantées dans le traitement des paralysies. Suivant M. Mabille, on ne saurait trop insister sur la distinction des paralysies, d'après leurs causes : celles qui sont produites par une métastase rhumatismale, par des émanations métalliques, par des blessures, peuvent être traitées avec succès par les eaux de Bourbonne; mais il serait de la plus haute imprudence de vouloir traiter par ces eaux thermales les paralysies, suite d'apoplexies cérébrales. Les eaux de Bourbnnne sont complétement inefficaces, quoi qu'on en ait dit, contre les névroses, telles que l'hypocondrie, l'hystérie, la catalepsie, la migraine et la chorée; elles réussissent un peu mieux dans les névroses du tube digestif. Elles sont extrêmement dangereuses dans les cas d'affections organiques du cœur ou d'anévrysme. L'auteur a vu l'usage de ces eaux amener la rupture d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Il n'y a rien à espérer des eaux minérales de Bourbonne pour le traitement des affections du tube digestif; on devra s'en méfier, toutes les fois qu'on soupçonnera des tubercules dans les poumons ou dans un organe quelconque : le ramollissement ne tarderait pas à s'ensuivre. Il en est de même du cancer. Les engorgements des viscères abdominaux, suite de fièvre intermittente, guérissent, chaque année, en grand nombre. Il en est de même des rhumatismes chroniques, des cicatrices adhérentes, suite de brûlure, des raideurs des articulations qui succèdent à une immobilité trop longtemps prolongée, des entorses peu anciennes, des ankyloses incomplètes, des tumeurs blanches qui ne sont pas encore arrivées à ce degré d'inflammation et de désorganisation qui amène les collections purulentes, des contractures des muscles des membres et du tronc. Sous l'influence de ces eaux, les caries, le rachitisme, le mal de Pott ne font qu'augmenter. Elles ne conviennent pas beaucoup plus pour le traitement des maladies de la peau, excepté lorsqu'elles sont anciennes et qu'elles attaquent les sujets lymphatiques. Contrairement à ce que disent les auteurs relativement à l'influence heureuse de ces eaux sur la cicatrisation des plaies, on voit, dit M Mabille, les plaies commencer à pâlir, puis se couvrir d'une exsudation blanchâtre, comme conenneuse, assez analogue à la pourriture d'hôpital ; le pus, loin d'être plus louable, perd de sa consistance, devient grisâtre, séreux, fétide, inonde les plaies et les ramollit ; le peu de bourgeons charnus qui s'étaient formés disparaissent, les fongosités, qu'on trouve ordinairement dans les ulcères fistuleux, sont attaquées et réduites en putrilage ; sans cesse il se forme une nouvelle couche grisâtre, qui est sans cesse éliminée. Il n'est pas rare de voir le sang filtrer à travers les plaies, comme à travers un tamis

lin, et produire des hémorrhagies assez inquiétantes.

L'auteur a fait suivre ces considérations d'un tableau comprenant trois cent trente-six malades soumis à l'emploi des eaux de Bourbonne, pour diverses maladies. On y voit que les améliorations notables et légères ont porté sur des cas de surexcitation nerveuse et générale, de paraplégie et de paralysie locale, de névralgies de diverses espèces, de rhumatismes articulaires chroniques ou musculaires, d'engorgements, suite de fièvre intermittente, d'engorgements ganglionnaires, d'abcès froids, d'ulcères scrofuleux, d'hydartrose, de tumeurs blanches sans dégénérescence, de coxalgie sans luxation spontanée, de caries osseuses, de plaies fistuleuses entretenues par des esquilles, de rétractions musculaires, suite de lésions traumatiques ou de rhumatisme, d'accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, de bronchites, d'hépatite chronique, d'hémiplégie primitive, de fausse ankylose, de faiblesse, d'engorgement douloureux des membres. Les affections qui se sont aggravées sont des cas de phthisie pulmonaire, de carie osseuse, de myélite chronique, d'hémiplégie, suite d'apoplexie, de mal de Pott, de névralgie de diverses espèces, et de rhumatismes suraigus. (*Thèses de Strasbourg*, n° 179, 2e série.)

EMPOISONNEMENT (*Exemple d'*) *d'un enfant par deux gouttes de laudanum.* Une enquête vient d'avoir lieu, en Angleterre, sur les causes de la mort d'un enfant de cinq jours, qui a succombé à un empoisonnement par l'opium, dans des circonstances assez remarquables. C'était un enfant très-bien constitué, auquel sa nourrice donna, pendant la nuit, deux gouttes de laudanum pour calmer ses coliques. Le lendemain matin, le docteur King fut appelé, et il trouva cet enfant mourant. Les affusions froides furent essayées en vain, rien ne put le ranimer; la mort eut lieu six heures après l'administration du laudanum. L'autopsie ne fit découvrir aucune espèce d'altération. Il fut constaté, par l'enquête, que le laudanum que l'on avait employé était, depuis dix-huit mois, dans une armoire. Tout fait croire que l'excipient s'était vaporisé, tandis que la substance narcotique s'était concentrée par le fait de l'évaporation. Nous avons été témoin, deux fois, d'accidents déterminés par cette concentration des éléments narcotiques du laudanum, lorsqu'on le conserve longtemps sans que le flacon qui le renferme soit bouché à l'émeri; heureusement ils n'ont pas eu le funeste résultat consigné dans cette observation. (*Provincial med. Journ.* et *Arch. de médecine*, avril 1848.)

GROSSESSE (*Sur le traitement des vomissements sympathiques de la*). Le docteur C. Schnellbach résume de la manière suivante les principes du traitement des vomissements sympathiques de la grossesse, tel qu'il est formulé par M. le professeur Stoltz, de Strasbourg : la première chose à faire, lorsqu'on a à traiter une femme enceinte, affectée de vomissements opiniâtres, c'est de rechercher avec soin si les accidents sont le reflet de la grossesse pure et simple, ou s'il existe quelque condition qui la complique. Dans ces derniers cas, les premiers remèdes doivent être dirigés contre ces complications. Ainsi, s'il y a des signes de pléthore, il faut ouvrir la veine, sans s'inquiéter de l'époque à laquelle est arrivée la grossesse. On peut même avoir recours à l'application de sangsues à l'hypogastre, à la partie supérieure des cuisses, ou au périnée, dans le cas de congestion ou d'inflammation utérine, traduites par des pesanteurs dans le petit bassin, des douleurs à l'hypogastre. S'il existe un embarras gastrique, on a recours à une médication antiphlogistique mitigée, à quelques sangsues à l'épigastre, aux boissons tempérantes, à des lavements laxatifs; ce qui vaut infiniment mieux que de recourir à la médication évacuante. Après avoir ainsi simplifié le problème, en le dégageant de ses éléments complexes, si les vomissements persistent, il faut en chercher la cause dans certains états généraux ou particuliers, tout à fait inhérents à la grossesse. Ainsi, l'excitabilité générale du système nerveux, que l'on calme par des antispasmodiques, l'excitabilité morbide de l'estomac que l'on combat par des boissons froides ou glacées en petite quantité, l'application d'un emplâtre de thériaque sur l'estomac, l'administration à l'intérieur de l'oxyde de zinc et du sous-nitrate de bismuth. Chez quelques femmes, au lieu d'une sen-

sibilité anormale de l'estomac, il semble que la muqueuse stomacale soit comme frappée d'atonie. C'est alors que de légers excitants stomachiques, tels que les infusions aromatiques, les eaux distillées, l'infusion de la racine de colombo, les liqueurs alcooliques, les potions excitantes et antispasmodiques, rendent le plus grand service; si la surexcitabilité nerveuse est liée à un état chlorotique plus ou moins apparent, on administre les toniques et les ferrugineux; on peut encore recourir aux onctions belladonées sur l'hypogastre, ou à la position horizontale prolongée. Restent ces cas de vomissements heureusement fort rares, contre lesquels échouent les efforts les mieux dirigés. Alors, si la femme est réduite à un état de maigreur considérable, si la fièvre hectique est allumée, si toute espèce d'aliment est rejetée, si le marasme fait des progrès continuels, si la malade est menacée de périr d'inanition dans un temps plus ou moins court, n'est-il pas évident que l'avortement devrait être provoqué, puisqu'on a toujours vu les accidents disparaître alors, dans les cas où les vomissements étaient purement sympathiques de la grossesse, ou d'état morbide accessoire créé ou entretenu par elle? L'auteur, à l'effet d'éclairer cette partie du traitement des vomissements de la grossesse, a rassemblé la plupart des faits qui existent dans la science, ou qui lui ont été communiqués par son maître, le professeur Stoltz; il les a divisés en trois catégories: la première comprend les cas de vomissements terminés par la mort, au nombre de onze; dans six l'avortement n'a pas été proposé; dans trois autres l'avortement a été proposé, mais non pratiqué, à raison de la divergence des opinions; enfin, dans deux autres l'avortement a été tenté sans succès, mais dans l'un d'eux, l'opération a échoué par suite d'un obstacle. La seconde catégorie comprend les cas de vomissements graves, guéris par l'avortement spontané ou l'accouchement prématuré; les cas de ce genre sont extrêmement nombreux. Enfin, la troisième catégorie renferme les cas de vomissements graves, guéris par l'avortement artificiel. Dans cette catégorie on compte trois cas bien observés d'accouchement prématuré, et plusieurs autres simplement indiqués; enfin, un cas d'avortement proprement dit, et d'autres qui sont mentionnés très-brièvement par les auteurs. Il n'existe dans la science qu'un seul cas (encore est-il douteux), dans lequel les vomissements graves aient permis à la grossesse d'arriver à son terme. (*Thèses de Strasbourg*.)

IODE (*Liniment d'*) *dans les affections intestinales*. M. Mac-Diarmid emploie avec succès, dans plusieurs affections intestinales et comme application topique sur l'abdomen, le liniment d'iode suivant:

Iode.............. 1 gramme.
Huile d'olives..... 30 grammes.

Ce liniment est étendu sur toute la surface de l'abdomen, et son application est répétée à mesure que la peau se dessèche, ou perd la couleur qui lui est communiquée par l'iode. Chez les enfants, il suffit de deux ou trois applications dans les vingt-quatre heures; chez les adultes, on peut y revenir plus souvent. Dans les formes aiguës de la diarrhée chez les enfants, lorsque la peau du ventre est chaude et sèche, l'abdomen sensible et empâté, les selles aqueuses, d'une couleur variable et d'une odeur fétide, et lorsqu'en même temps il y a des symptômes fébriles, le soulagement survient en quelques heures. Dans les formes chroniques, ces onctions avec le liniment iodé doivent être unies aux autres moyens indiqués. Depuis longtemps nous employons un liniment ioduré en onctions sur les parois abdominales chez les enfants affectés du carreau seulement, nous avons substitué, avec un avantage très-marqué, l'huile de foie de morue à l'huile d'olives, dans ces circonstances. (*British american Journ.*)

IODOFORME (*Un mot sur l'emploi médical de l'*). M. Bouchardat, il y a plusieurs années, a proposé l'introduction dans la thérapeutique de l'iodoforme en remplacement de l'iode. Pourquoi cette substitution, qui présentait des avantages réels, puisque l'iodoforme possède toutes les propriétés de l'iode sans en avoir l'odeur et la saveur désagréables, n'a-t-elle point eu lieu? nous l'ignorons. Est-ce dû seulement au prix un peu plus élevé de ce nouveau produit? nous ne le pensons pas; aussi croyons-nous utile de citer un travail de M. Glower, professeur de thérapeutique à l'École de médecine

de New-Castle, qui met en relief les propriétés de ce sel. Cet auteur dit avoir employé avec succès l'iodoforme dans plusieurs maladies rebelles de la peau, telles que la lèpre, le psoriasis, l'eczéma chronique, et, à l'intérieur, avec non moins d'avantages, contre des goîtres anciens et contre des engorgements scrofuleux des ganglions lymphatiques. M. Glower le donne à la dose de 10 centigrammes, trois fois par jour, en pilules faites avec un mucilage et de la mie de pain comme excipients, et à l'extérieur à la dose de 2 grammes pour 30 grammes de cérat simple. Le procédé de préparation que donne l'auteur consiste à ajouter lentement de la solution aqueuse de potasse à la teinture d'iode de la Pharmacopée d'Edimbourg, jusqu'à ce que la décoloration soit complète, en ayant soin de laisser un léger excès d'iode. L'iodoforme, insoluble dans l'eau, se dissout très facilement dans l'alcool, l'éther et l'acide acétique. Son odeur est très-pénétrante, sa saveur douceâtre, mais moins agréable que celle du chloroforme. Il cristallise, par l'évaporation de la solution alcoolique, en paillettes jaunes, brillantes.

Voici, en peu de mots, les deux observations de goîtres qui ont été traités avec succès par l'iodoforme: la première est relative à une dame de trente-huit ans, qui portait depuis plus de sept ans un goître gros comme un œuf. On fit des onctions sur la tumeur avec la pommade suivante : iodoforme, 4 grammes, cérat simple, 30 grammes; et 3 pilules d'iodoforme contenant chacune 10 centigrammes, furent données chaque jour. Le traitement fut commencé le 12 février. Le 27 avril, la tumeur était déjà beaucoup réduite de volume; le 4 juin, elle n'avait plus que la grosseur d'une petite noix. — Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, qui portait, depuis quatre ans, une hypertrophie de la glande thyroïde, et, en particulier, de son lobe gauche. La tumeur avait trois pouces d'épaisseur dans un sens et deux pouces dans un autre. Elle gênait la déglutition et occasionnait des nausées. On pratiqua des frictions sur la tumeur avec la pommade ci-dessus, et 15 centigrammes d'iodoforme en pilules furent administrés 3 fois par jour. Quinze jours après, la tumeur avait notablement diminué. Le traitement fut continué jusqu'au mois de septembre, en l'interrompant de temps en temps. A cette époque, la tumeur pouvait être considérée comme résolue. Le seul effet physiologique qu'on ait remarqué pendant l'administration de l'iodoforme, a été l'augmentation dans la quantité des urines. (*Montly Journal of medecine*, février 1848.)

ODONTALGIQUE (*Nouvelle formule d'une mixture*). Cette propriété de l'ammoniaque, d'être un excellent odontalgique, est peu connue, et nous engage à signaler la formule suivante, que vient de publier M. Pieste :

Ammoniaque liq. du commerce.................	20 gramm.
Teinture de girofle.......	10 gramm.

On imbibe un peu de coton de ce liquide, qu'on introduit dans la cavité de la dent cariée; il détermine la cautérisation du nerf sensible, et la douleur disparaît comme par enchantement. Dans cette mixture, c'est l'ammoniaque qui produit l'effet curatif; on peut donc se dispenser d'ajouter la teinture de girofle, si on ne l'a point sous la main. (*Journ. de chimie méd.*, avril 1848.)

PLAIE PAR ARME A FEU. *Séjour d'une balle dans le poumon pendant cinquante ans.* Il existe dans les annales de la science d'assez nombreux exemples du séjour prolongé d'une balle dans le poumon; mais il en est peu d'aussi remarquables que le suivant, autant sous le rapport de la durée du séjour du corps étranger, que de son innocuité.

Le nommé J. L. reçut, en décembre 1796, un coup de mousquet dont la balle pénétra par derrière, près de la cinquième côte droite. Il tomba sans connaissance avec suffocation et expectoration sanguine. On établit sur la blessure une compression après avoir insinué entre ses lèvres quelques linges. Plus tard, le malade fut tourmenté par la sensation d'une balle logée dans le diaphragme, près de l'extrémité antérieure de la portion osseuse de la septième côte droite; mais il refusa de laisser faire une ouverture dans ce point, malgré l'insistance des chirurgiens.

Il était guéri de sa plaie lorsque, quinze mois après, il fut pris d'un accès de toux à la suite duquel il rendit quelques morceaux de la che-

mise qu'il portait au moment de sa blessure.

Après trente-trois ans d'une vie aventureuse et fort active, se plaignant toujours de la présence de la balle, il eut diverses attaques de bronchite. Un jour, en trébuchant, il crut sentir que la balle se déplaçait, et il en résulta une hémoptysie qui dura quelques jours.

En avril 1845, il eut une pleurésie grave; sa bronchite habituelle prit ensuite un caractère chronique, et il ne resta presque jamais sans toux ni expectoration. Enfin, au mois de juillet, il fut pris d'une attaque d'apoplexie aux suites de laquelle il succomba le 27 août de la même année, c'est-à-dire environ cinquante ans après avoir reçu le coup de feu.

A l'autopsie on constata l'état suivant : le poumon gauche était adhérent à la plus grande partie de la plèvre costale; un épanchement séreux occupait le bas de la cavité. Les cellules aériennes étaient distendues par un fluide séro-muqueux. Le poumon droit était réduit à un tiers de son volume normal, adhérent à la partie supérieure de la poitrine, flasque et dépourvu d'élasticité. Toute trace du coup de feu semblait avoir disparu. La balle fut trouvée logée dans la substance du poumon et solidement attachée par un pédicule d'un demi-pouce de long formé de parenchyme pulmonaire induré et de membranes cellulaires, à la surface interne de la troisième côte, vers la jonction de ses parties osseuse et cartilagineuse. Son adhérence dans la substance même du poumon était telle qu'on eut de la peine à l'en retirer après en avoir mis la moitié à découvert par l'instrument tranchant. On ne trouva aucun autre corps étranger dans la poitrine, quoique des recherches très-minutieuses eussent été faites, spécialement à l'endroit où le malade croyait éprouver le sentiment de la présence de la balle. (*The Lancet*, et *Archives de médecine militaire belge*, mars 1848.)

PRURIT *ayant déterminé des accouchements prématurés dans huit grossesses successives.* Une jeune dame, devenue enceinte pour la première fois à l'âge de vingt-un ans, commença à éprouver au sixième mois, sans cause appréciable, des démangeaisons assez vives qui se manifestèrent presque instantanément sur toute l'étendue de la peau : les jambes, les cuisses, les parties génitales, tout le tronc, le cou, la face, le cuir chevelu, les membres supérieurs, rien n'y fut soustrait, si ce n'est la paume des mains. Peu à peu, ces démangeaisons devinrent de plus en plus vives. Vers le huitième mois, elles envahirent la paume des mains et les parois abdominales, et acquirent une telle intensité que la malade se déchirait la peau. Ces frottements involontaires des mains sur le ventre, partie la plus douloureuse, furent poussés au point qu'ils déterminèrent un accouchement prématuré, qui eut lieu à huit mois, huit jours environ après l'invasion des démangeaisons sur la paume des mains et sur l'abdomen. L'enfant était mort. A peine cette dame fut-elle délivrée, qu'elle fut en même temps débarrassée presque instantanément de ses démangeaisons.

Cette dame qui, depuis son accouchement, n'avait plus rien ressenti, ne tarda pas à devenir enceinte pour la deuxième fois. Pendant les cinq premiers mois elle n'éprouva rien de particulier; mais, au sixième mois, les démangeaisons se manifestèrent identiquement comme à la première grossesse. Toute la surface de la peau était douloureuse, sans trace d'inflammation ni d'éruption aucune. La paume des mains fut seule exceptée comme la première fois. Au bout de cinq semaines, la paume des mains commença à devenir douloureuse; la douleur des parois abdominales augmenta en même temps d'intensité, et, huit jours après, l'accouchement eut lieu prématurément, à sept mois et demi. Les suites furent les mêmes qu'au premier accouchement; les démangeaisons cessèrent complétement sitôt après la délivrance.

La troisième grossesse fut un peu plus heureuse que les deux précédentes. La malade parvint jusqu'à huit mois et demi sans rien éprouver. A cette époque, invasion des mêmes symptômes; mais, cette fois, l'accouchement eut lieu à terme et tout rentra dans l'ordre. Quatrième grossesse en tout semblable aux deux premières, accouchement à sept mois et demi. La cinquième grossesse ressemble à la troisième et se termine à terme. A la sixième, les démangeaisons apparaissent à six mois; elles durent deux mois et la malade accouche à huit. A la septième grossesse, les démangeaisons n'apparais-

sent qu'à sept mois et demi ; l'accouchement a lieu à huit mois et demi. Enfin, à la huitième, les démangeaisons surviennent à sept mois, et l'accouchement a lieu, comme à la grossesse précédente, à huit mois et demi.

Il faut ajouter que cette singulière altération de la sensibilité cutanée est la seule modification organique qui ait caractérisé, chez cette malade, les huit grossesses successives. Sa santé générale n'était en rien altérée et elle n'avait éprouvé aucune de ces aberrations des sens, aucune de ces habitudes ou de ces appétits bizarres auxquels quelques femmes sont sujettes.

Pendant les deux premières grossesses, la malade ne consulta personne. A la troisième, elle fit usage d'eau de Vichy, mais sans aucun succès. Consulté pour la première fois à la sixième grossesse, M. Maslieurat-Lagémard, qui rapporte ce fait curieux, employa simultanément ou tour à tour les bains simples et alcalins, des frictions ammoniacales camphrées sur la colonne vertébrale, des préparations d'opium, de bismuth, de valériane, de jusquiame, de belladone ; tout fut inutile. A la grossesse suivante, M. Maslieurat, d'après le conseil de son ancien maître, M. le professeur P. Dubois, eut recours à la saignée qu'il pratiqua à partir du sixième mois et avant l'apparition des démangeaisons et qui fut répétée tous les quinze jours, et il employa de nouveau les bains, les narcotiques, les frictions calmantes, les antispasmodiques, l'eau de Vichy. Malgré ces moyens énergiques, les démangeaisons n'en persistèrent pas moins et furent suivies du résultat que l'on connaît.

A bout de ressources, M. Maslieurat en appelle pour l'avenir aux lumières de l'Académie de médecine et à tous ses confrères, par la publicité qu'il vient de donner à cette observation.

S'il nous est permis d'émettre un avis, nous pensons qu'il est encore un moyen auquel M. Maslieurat ne paraît pas avoir songé et qui pourrait peut-être avoir plus d'efficacité que tous ceux auxquels il a eu recours, nous voulons parler des bains de sublimé. Les succès que nous avons vu obtenir de l'emploi de ce moyen dans un grand nombre d'affections cutanées diverses, et en particulier dans les affections eczémateuses des très-jeunes enfants, nous autorisent à croire qu'on pourrait y recourir avec avantage dans le cas dont il s'agit. On ne saurait être arrêté par la crainte d'accidents qui, s'ils ne sont pas complétement chimériques, ont été au moins singulièrement exagérés, ainsi que nous avons pu nous en convaincre par des faits nombreux. (*Gaz. méd. de Paris*, mars 1848.)

VARIÉTÉS.

Les encouragements littéraires et scientifiques figurent au budget du ministère de l'instruction publique pour une somme de 203,400 fr., répartie : 1° en indemnités fixes; 2° en indemnités éventuelles, à titre de secours ou encouragements. Le chiffre des indemnités fixes accordées par l'ancien gouvernement s'élève à un chiffre qui dépasse de beaucoup celui du crédit total, et il ne reste absolument rien pour les indemnités éventuelles, par lesquelles cependant on soulagerait beaucoup plus d'infortunes que par les pensions. Aussi une révision attentive et impartiale de la liste des indemnitaires vient d'être ordonnée par le ministre. L'exclusion de ceux qui, sans aucun titre, ont pris part jusqu'à ce jour aux libéralités de l'État, permettra désormais de consacrer exclusivement au soulagement de véritables infortunes une allocation dont le caractère moral avait été si mal respecté.

Parmi les décrets d'utilité générale rendus récemment, nous signalons avec bonheur celui qui abolit, à partir du 1er janvier 1849, l'impôt sur le sel.

Le ministre de l'instruction publique vient d'augmenter le nombre des membres de la Commission d'enquête sur la durée des études dans les lycées et autres établissements d'instruction publique; les nouveaux membres sont : MM. Bouillaud, doyen de la Faculté, Rayer, membre de l'Institut, Falret, médecin de la Salpêtrière. MM. Augé, ex-maître d'études au lycée, et Amédée Latour sont nommés secrétaires de cette Commission.

Le gouvernement provisoire vient de charger une Commission de lui faire un rapport sur les questions relatives au cumul des fonctions publiques salariées. Cette Commission sera composée des sous-secrétaires d'État et des chefs de division choisis par chaque ministre dans les différents services. Elle sera présidée par l'un de ses membres, le citoyen Flocon.

L'Académie de médecine a procédé à la nomination des Commissions pour les prix : *Prix Portal*. MM. Cruveilhier, Cornac, Bégin, Chomel, Barthélemy.—*Prix de l'Académie*. MM. Bricheteau, Espiaud, Guéneau de Mussy, Honoré, Louis. —*Prix Civrieux*. MM. Baillarger, Fabret, Collineau, Joly et Ferrus.

Un concours sera ouvert le 24 août prochain pour l'admission aux emplois de chirurgien-élève dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris. Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan. Chaque candidat devra se faire inscrire dans les bureaux de l'intendance militaire de la ville où il désirera concourir, et il lui sera donné communication des conditions d'admission au concours. Les chirurgiens-élèves de première division des hôpitaux d'instruction recevront une indemnité annuelle de 400 fr. Cette indemnité est fixée à 600 fr. pour ceux de l'hôpital militaire de perfectionnement.

Le concours ouvert à la fin de l'année dernière, devant la Société des sciences, arts et lettres du Hainaut, vient de se terminer. La Société avait annoncé qu'un prix serait accordé à l'auteur du meilleur travail qui lui parviendrait, sur une question de médecine laissée au choix des concurrents. Dans sa dernière séance, la Société a décidé à l'unanimité, que le prix, consistant en une médaille d'or, serait décerné en séance publique, le 24 avril, à M. Dorvault, pharmacien à Paris, comme auteur d'une monographie chimique, médicale et pharmaceutique de l'iodure de potassium, et, par extension, de l'iode. C'est la seconde distinction académique obtenue par notre collaborateur.

Les obsèques de Jean-Charles Gasc, inspecteur du service de santé des armées, ont eu lieu le 18 de ce mois, au milieu d'un grand concours de médecins et de tous les officiers de santé militaires des hôpitaux du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou. Des discours ont été prononcés sur sa tombe, au nom du Conseil de santé des armées, par M. Bégin; au nom de l'Académie, par M. Dubois d'Amiens; au nom du Val-de-Grâce, dont M. Gasc avait été le médecin en chef, par M. Michel Lévy. M. Caffe, l'ami et le médecin de M. Gasc, pendant les dernières années de sa vie, a voulu aussi lui dire un dernier adieu. Cet honorable confrère a terminé son discours en faisant un

vœu, pour que l'inaltérable bienveillance de Gasc envers ses confrères, jointe à une grande fermeté de caractère, puisse nous servir d'exemple, et cimenter plus que jamais nos liens professionnels, sous les nouvelles formes de la constitution sociale qui nous est destinée.

Les journaux américains nous apportent la nouvelle regrettable de la mort du docteur Wainwright, professeur au collége médical de New-York, par suite d'un terrible accident. Ce médecin avait reçu d'un de ses amis un serpent à sonnettes; il l'avait mis sur le plancher pour le montrer à quelques personnes, et l'avait excité plusieurs fois à l'aide de son bâton. Quelques instants après il voulut le remettre dans sa cage et le saisit avec la main près de la tête; mais l'animal se dégagea et le mordit. Malgré les efforts de ses confrères, cet honorable professeur n'a pas survécu à sa blessure : le bras prit rapidement un volume énorme, et la mort eut lieu en vingt-quatre heures, au milieu des plus horribles souffrances.

Les chiffres suivants, publiés par MM. Cusack, président du Collége royal des chirurgiens, et W. Stokes, professeur de médecine à l'Université de Dublin, donneront une idée de l'effroyable mortalité qui pèse sur la population médicale en Irlande. Sur 1,220 médecins placés à la tête d'institutions de charité, 568 ont eu le typhus et 300 sont morts. Sur ces 568, il en est 28 qui l'ont eu deux fois et 9 trois fois.

Le grand nombre de cas de fièvre typhoïde, qui se sont présentés parmi les individus de la classe pauvre de Bruxelles, et l'encombrement des hôpitaux qui en a été le résultat, ont déterminé le Conseil général des hospices à adopter diverses mesures de prudence réclamées par les chefs de service de santé des hôpitaux. On s'est tout d'abord occupé de parer à l'encombrement : à cet effet, on a renvoyé de l'hôpital Saint-Jean le plus grand nombre possible de malades atteints d'affections chroniques, paraissant pouvoir être traités à domicile, et les salles destinées au service oculistique provisoire, établies depuis deux ans, en faveur des indigents de Bruxelles et des communes voisines, ont été rendues à leur ancienne destination.

Le docteur Angelo Dubini vient de découvrir une nouvelle propriété du chloroforme, c'est la conservation et l'embaumement des cadavres. Le chloroforme possède sous ce rapport des propriétés bien remarquables; il conserve aux parties leur forme, leur flexibilité, leur volume, et tout ce qu'on n'avait pu obtenir avec tous les moyens connus, la couleur des tissus vivants. M. Dubini a présenté un fœtus, un membre inférieur et un bras préparés depuis quelques semaines, qui offraient la couleur rosée de la peau de l'homme; les masses musculaires de ces membres sont d'un rose clair lorsqu'on vient de les découvrir, mais elles ne tardent pas à devenir d'un rouge vif quand elles sont exposées à l'air. L'avivement des teintes paraît dû, dans ces cas, non pas à une matière colorante particulière, mais à la propriété d'absorber l'oxygène dont jouit le chlore qui se trouve contenu dans le chloroforme. D'une part, le chlorure enlève l'hydrogène aux tissus humides, et de l'autre, il donne à l'hématine qui se trouve répandue avec le sang dans tous les tissus organiques, une certaine quantité d'oxygène à l'état naissant qui colore cette matière.

Les propriétés conservatrices du chlorure de zinc ne s'appliquent pas seulement à la conservation et à l'embaumement des cadavres, ainsi que l'a démontré en ces derniers temps M. le docteur Sucquet. Ce sel possède encore de précieuses propriétés pour la conservation des substances végétales : introduite, à l'aide d'une forte pression, dans les cellules ligneuses d'un arbre, la solution de ce sel lui donne une solidité très-grande, une résistance très-forte à l'humidité et, de plus, une incombustibilité qui l'empêche de s'enflammer même au contact du fer rouge. Le bois préparé avec le chlorure de zinc est également employé sur les navires de l'amirauté pour détruire les exhalaisons fétides qui s'échappent de la cale. Ce sel fait la base du fluide désinfectant appelé *Burnett*, du nom de son inventeur, qui a été tant préconisé dans les journaux anglais à propos du typhus, et sur lequel des expériences comparatives ont été faites au Canada avec le fluide désinfectant de M. Ledoyen.

Le docteur Weber regarde le café comme le moyen le plus puissant pour annihiler les effets fâcheux des effluves animaux et végétaux et pour les détruire entièrement. Une pièce, dans laquelle on avait laissé de la viande se décomposer pendant plusieurs jours, fut désinfectée aussitôt qu'on y eut placé pendant quelques instants une rôtissoire contenant une livre de café récemment torréfié. Dans une autre pièce, qui renfermait de l'hydrogène sulfuré et de l'ammoniaque en grande quantité, toute odeur avait disparu une demi-minute après qu'on y eut employé trois onces de café récemment torréfié. De même le café est un excellent moyen pour détruire l'odeur du musc, du castoréum, de l'assa-fœtida : la preuve que les vapeurs empyreumatiques du café n'agissent pas en déguisant les autres substances mais bien en les neutralisant, c'est que les premières vapeurs sont complétement absorbées et ne donnent lieu à aucune odeur, tandis que lorsque la saturation est complète l'odeur reparaît. C'est l'inverse pour d'autres vapeurs aromatiques, même pour l'acide acétique et pour le chlore. Le procédé employé par M. Weber consiste à piler dans un mortier une quantité donnée de café et à la placer sur une plaque de fer modérément chaude, de manière à donner au café une teinte brunâtre. M. Weber s'est assuré que l'acide caféique et l'huile essentielle empyreumatique de café agissent encore avec plus de rapidité et sous un moindre volume.

L'Association métropolitaine de Londres, pour l'amélioration des habitations des classes laborieuses, vient d'ouvrir, ces jours derniers, dans Old-St-Pancras-Road, un immense établissement destiné à loger cent dix familles. Chacun des appartements, entièrement isolé, renferme, sous la même clef, tout ce qui peut être utile à une famille. Bien que le prix soit de beaucoup inférieur à celui des endroits les plus malsains qui sont dans le voisinage de Drury-Lane, telle est l'influence de la routine et des préjugés, les classes pour lesquelles cet établissement a été construit sont précisément celles qui se sont refusées à venir l'habiter. Beaucoup ont craint d'être obligés d'avoir des soins de propreté autres que ceux qui leur sont habituels.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DU MUSC ASSOCIÉ A L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DES PNEUMONIES ATAXIQUES.

Je ne viens point faire connaître dans cette note un remède nouveau, ni préconiser une méthode thérapeutique nouvelle. Le rôle du praticien qui veut se rendre utile à l'art de guérir, n'est pas toujours d'enregistrer des nouveautés ou d'attacher son nom à quelque formule plus ou moins neuve ; il consiste aussi à soumettre à l'épreuve de l'expérience certains agents dont l'usage est peu répandu, ou dont l'application se trouve restreinte à quelques cas particuliers, et à signaler à l'attention des praticiens ceux qui lui paraissent appelés à rendre de véritables services.

Tel est mon but en mettant sous les yeux des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* quelques observations sur l'emploi du musc dans cette variété grave de pneumonie que l'on a qualifiée du nom d'*ataxique*. Ces observations venant à l'appui de quelques autres faits publiés, soit dans ce recueil, soit dans d'autres journaux, j'ai l'espoir qu'elles contribueront peut-être à engager quelques praticiens à recourir à l'usage du musc, lorsqu'ils se trouveront en face des circonstances graves dans lesquelles ce précieux moyen trouve son indication.

Obs. Ire. P..., garde forestier et ancien militaire, âgé d'une quarantaine d'années, bonne constitution, habitué depuis longtemps à l'usage de l'eau-de-vie, fit une course pénible dans la montagne par un temps pluvieux et froid, et eut ses vêtements mouillés sur lui pendant toute la journée du 8 mars 1842. Le soir, en entrant chez lui, il éprouva du malaise, de la lassitude, et se coucha sans rien prendre qu'un petit verre d'eau de cerises.

Le lendemain, il fut pris de fièvre avec toux, oppression et crachement de sang. Ayant eu déjà une fluxion de poitrine pendant qu'il était au service, il fit venir une sage-femme, et se fit pratiquer une saignée dont il se trouva soulagé. Cependant, le lendemain, l'oppression étant plus forte et l'expectoration plus difficile, il fit réitérer la saignée.

Le 11 mars, quatrième jour, le malade se trouvant encore plus mal, on vint me consulter, et d'après les renseignements qui me furent fournis, je crus devoir conseiller de recourir à une troisième saignée : mais on me dit que le malade ne s'y déterminerait pas, qu'il se trou-

vait trop faible, et qu'il attribuait sa faiblesse à la dernière émission sanguine qui paraissait avoir été très-copieuse (deux assiettées ou environ 750 grammes de sang). Je prescrivis alors 0,50 centigrammes de tartre stibié dans une potion de 220 grammes à prendre par cuillerée de deux heures en deux heures, et l'infusion de capillaire pour boisson.

Le lendemain, je fus appelé pour voir le malade. Il n'avait pas fait usage des médicaments prescrits, parce qu'avant le retour de son commissionnaire, il avait été pris de délire et d'une agitation extrême. Lorsque j'arrivai près de lui, l'agitation avait fait place à une prostration considérable avec délire tranquille. La respiration était lente, suspirieuse, irrégulière, et le pouls extrêmement fréquent, petit, irrégulier, les extrémités froides. Je voulus faire placer le malade sur son séant pour examiner la partie postérieure de la poitrine, mais ce mouvement détermina une lipothymie qui m'obligea à le recoucher bien vite. La percussion et l'auscultation de la partie antérieure et latérale me fournirent les signes d'une hépatisation complète des deux tiers supérieurs du poumon gauche. L'expectoration était nulle, mais on me fit voir des crachats rendus la veille, qui étaient fortement rouillés ; pas d'urines depuis trente heures.

Cet état me parut des plus graves. Je me félicitai de ce que ni la saignée, ni la potion n'avaient été mises en usage, car j'aurais pu moi-même leur attribuer la prostration dans laquelle se trouvait le malade.

En désespoir de cause, et pour tâcher de ranimer la force vitale prête à s'éteindre, je prescrivis un vésicatoire d'un décimètre de surface sur chaque cuisse, et huit pilules contenant chacune 5 centigrammes de musc et 1 centigramme d'extrait aqueux d'opium, à administrer d'heure en heure. Je déclarai que la position était des plus fâcheuses, cependant j'engageai la famille à me donner des nouvelles le lendemain.

Quatre ou cinq jours se passèrent sans que j'entendisse parler du malade qui habitait à environ vingt quatre kilomètres de mon domicile, et je pensai qu'il avait succombé ; aussi je ne fus pas médiocrement surpris lorsqu'on vint me dire qu'il allait très-bien, et qu'il désirait vivement prendre des aliments. Le commissionnaire m'apportait même un billet écrit de la main du malade dans lequel celui-ci me donnait quelques détails sur sa position actuelle.

Je questionnai le commissionnaire, beau-frère du malade, sur ce qui s'était passé depuis ma visite, et voici ce que j'appris. L'amélioration avait commencé à se manifester après la cinquième pilule, et quelques heures après la prise de la dernière le délire avait complétement cessé : le malade se trouvait beaucoup plus fort et se félicitait du bien-

être dans lequel il se trouvait. Mais le point de côté, l'oppression et la toux n'avaient pas tardé à se faire sentir vivement. On avait eu alors l'heureuse idée d'administrer la potion stibiée que j'avais d'abord prescrite et dont on n'avait pu faire usage Le malade l'avait prise en deux jours sans en éprouver aucun malaise. Dès lors, sa position s'était améliorée chaque jour, et au moment où l'on vint me consulter, on pouvait le considérer comme entrant en convalescence ; en effet, la guérison ne se fit pas longtemps attendre, et j'ai revu depuis cet homme parfaitement bien portant.

Cette observation laisse bien, je le sais, quelque chose à désirer, puisque je n'ai pu suivre moi-même les effets de la médication; cependant, tout incomplète qu'elle soit dans ses détails, elle témoigne clairement encore en faveur de l'efficacité du musc, car c'est incontestablement sous l'influence de ce médicament que s'est manifesté un changement aussi inespéré dans la position du malade. Le musc, uni à l'opium, a provoqué dans l'organisme une réaction salutaire, et ranimé la vitalité prête à faillir. Puis, le tartre stibié a fait justice de la pneumonie qui, dégagée des phénomènes ataxiques, était rentrée dans les conditions ordinaires d'une simple phlegmasie pulmonaire; l'effet des vésicatoires sur les cuisses ayant été à peu près nul, on ne peut guère leur attribuer l'amélioration survenue quelques heures après leur application.

Obs. II. La femme Dargot, âgée de trente-quatre ans, habitant la campagne, douée d'une bonne constitution et habituellement bien portante, fut prise, sans cause connue (1), dans la soirée du 4 février 1843, d'un violent frisson suivi de fièvre avec courbature et céphalalgie. On lui donna du vin chaud sucré, suivant la coutume des gens de la campagne ; mais pendant la nuit, *des points* se déclarèrent avec toux et oppression, et la fièvre redoubla d'intensité. Dans la journée du 5, la malade rendit quelques crachats mêlés de sang, et c'est seulement le lendemain au soir que l'on vint me chercher pour la voir.

La dyspnée était alors considérable, et il existait au-dessous du sein droit une douleur tellement vive que chaque secousse de toux arrachait un cri plaintif à la malade. L'expectoration était difficile, et les crachats, plutôt rouges que rouillés, étaient presque exclusivement composés de sang visqueux mélangé de quelques bulles d'air. La percussion de la poitrine donnait un son mat dans tout l'espace compris entre la partie supérieure du sein droit et la clavicule, et dans l'aisselle du même côté. En arrière, il n'y avait qu'un peu d'obscurité du son

(1) Le pays était alors sous l'influence d'une constitution médicale remarquable par l'extrême fréquence des phlegmasies pulmonaires.

vers l'épine de l'omoplate, mais à la base du poumon gauche on retrouvait une matité presque aussi complète qu'au sommet du droit. La bronchophonie et le souffle tubaire se percevaient en avant et à droite dans tout l'espace occupé par la matité. Un râle crépitant très-fin existait en arrière, du même côté, au niveau de la fosse sous-épineuse. Enfin, à la base du côté gauche, on percevait le même râle mêlé d'un peu de souffle bronchique, particulièrement vers l'angle inférieur de l'omoplate. Le pouls était large et fort, la face colorée, la langue humide et couverte d'un enduit jaunâtre.

Il n'y avait pas deux chemins à prendre pour attaquer cette phlegmasie menaçante. Je pratiquai immédiatement une large saignée du bras, dont le sang se recouvrit au bout de quelques minutes d'une couche fibrineuse épaisse. Je prescrivis de renouveler cette opération le lendemain matin, et en outre, si le point pleurétique ne cédait pas, d'appliquer des ventouses scarifiées sur le côté droit. — Diète, mauve sucrée avec sirop de gomme.

La saignée fut répétée le 6, comme je l'avais prescrit, et les ventouses appliquées dans la soirée. Le point douloureux disparut presque complétement, et la dyspnée devint beaucoup moindre. Cependant le délire se déclara pendant la nuit; la malade se leva de son lit, parcourut toute la maison, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parvint à la recoucher et à la maintenir. Le 8, on m'appela de nouveau près d'elle. A mon arrivée, la malade me prit pour son confesseur, et ne répondit qu'en divaguant à toutes les questions que je lui adressai; elle voulait aller à l'église, quelqu'un était caché dans son lit, etc. Son visage était pâle, sa physionomie décomposée, anxieuse; elle était dans une agitation continuelle, et cherchait sans cesse, à l'aide de ses pieds et de ses mains, à se débarrasser de ses couvertures qu'on avait peine à maintenir sur elle. Son pouls petit et sans résistance donnait environ cent quarante pulsations par minute, et sa respiration était précipitée, irrégulière; l'auscultation et la percussion de la poitrine donnaient à peu de chose près les mêmes résultats qu'à ma première visite. La malade toussait à peine, et l'expectoration, d'ailleurs fort rare, était toujours sanglante.

Il n'y avait plus à revenir aux évacuations sanguines. L'état ataxique était d'ailleurs manifeste pour moi, et je savais qu'en pareille circonstance il n'y a rien à attendre des antiphlogistiques. Je crus donc devoir recourir à l'usage du musc uni à l'opium, et je prescrivis : musc, 0,30; extr. gomm. d'opium, 0,06, en 6 pilules, à prendre une toutes les deux heures. Je fis, en outre, appliquer un large vésicatoire sur le côté droit, et donner pour boisson l'infusion chaude de tilleul. Le lendemain,

on vint me dire que la malade était tout à fait calme, qu'elle avait beaucoup sué pendant un sommeil d'environ deux heures qu'elle avait fait, et qu'à son réveil elle ne délirait plus du tout ; mais la toux était redevenue plus fréquente, et je trouvai la malade fort oppressée. Son visage s'était coloré, son pouls avait pris plus de force et moins de fréquence; l'expectoration était toujours fort difficile. Je prescrivis une potion de 125 grammes avec tartre stibié 0,30, et laudanum 12 gouttes. Je conseillai, en outre, de replacer le vésicatoire, dont la malade s'était débarrassée dans son délire.

Le 11, la femme Dargot était beaucoup mieux. La potion stibiée avait été parfaitement tolérée, et n'avait pas provoqué un seul vomissement. Je la fis renouveler avec 0,40 de tartre stibié. Les jours suivants, il y eut des transpirations abondantes, l'oppression disparut complétement ; la toux garda quelque fréquence, mais l'expectoration devint muqueuse et catarrhale, et bientôt la convalescence s'établit.

Nous voyons ici une pneumonie double chez une femme jeune et vigoureuse, attaquée au troisième jour par un traitement antiphlogistique énergique. La phlegmasie résiste aux émissions sanguines, qui ne paraissent avoir eu pour effet que de porter atteinte à la résistance vitale. En effet, le pouls se déprime en même temps que survient le délire, accompagné de désordres dans l'innervation et la calorification. Un véritable état ataxique succède à une réaction fébrile simple et franche. C'est dans ces conditions que le musc, associé à l'opium, est administré ; bientôt nous voyons le système vasculaire se relever de l'espèce de torpeur dans laquelle il se trouvait plongé, et l'équilibre fonctionnel se rétablit promptement. Ici, comme toujours, notre médication spéciale n'a pas agi sur la pneumonie elle-même, elle a seulement replacé l'organisme dans des conditions de vitalité plus en rapport avec la nature de la maladie, et par conséquent plus propres à favoriser l'action du traitement dynamique que nous avons ensuite opposé à la phlegmasie pulmonaire.

Obs. III. — Cunin, cultivateur, âgé de vingt-neuf ans, constitution robuste, adonné depuis quelque temps à l'usage des liqueurs fortes, se trouvant dans un état d'ivresse, passe la plus grande partie de la nuit exposé à l'action du froid ; en rentrant chez lui le matin, il est pris d'un frisson qui se prolonge pendant plusieurs heures; puis une douleur aiguë se déclare dans le côté droit, elle est accompagnée d'oppression et d'un redoublement de toux (le malade était enrhumé depuis plusieurs jours). Le lendemain, les mêmes symptômes persistent, et il s'y joint une diarrhée avec coliques, ce qui n'empêche pas le malade de prendre des aliments et de boire, pour se réchauffer, environ un litre de vin chaud.

Ce n'est que dans la nuit du troisième jour, le 24 décembre 1846, que je fus appelé près de lui. Je ne fus pas peu surpris, en arrivant au milieu de la nuit, de le trouver debout, et de le voir venir, à peine vêtu, me recevoir à la porte de sa remise, quoique la température fût d'environ 6° Réaumur.

Je l'engageai à rentrer bien vite dans sa chambre où je le suivis et où régnait une chaleur étouffante, suivant l'usage de nos campagnes. Je l'interrogeai alors, et il me raconta lui-même avec assez de précision les circonstances que je viens de résumer, ajoutant qu'il ne pouvait rester au lit parce qu'il y brûlait, tandis qu'il se trouvait bien plus à l'aise près de son fourneau. C'était un énorme poêle en fonte, dont il m'était impossible de m'approcher à la distance d'un mètre, tant il s'en échappait de calorique.

Je ne tardai pas à reconnaître que les réponses de mon malade avaient quelque chose d'incohérent, et, en l'examinant de plus près, je remarquai que l'expression de sa physionomie était tout autre que celle qui lui était habituelle. Ses membres étaient agités d'un tremblement involontaire, auquel participaient les muscles de la langue lorsqu'il essayait de la sortir de la bouche.

L'examen de la poitrine me donna les résultats suivants : matité bien prononcée de la partie supérieure du côté droit, s'étendant à environ quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule, s'affaiblissant progressivement et disparaissant un peu au-dessus du mamelon. Souffle bronchique et bronchophonie dans le même point, râle crépitant sur la limite inférieure et dans l'aisselle. En arrière, obscurité du son en dessus et au-dessous de l'épine de l'omoplate, râle fin dans la fosse sous-épineuse. Il existait, en outre, un râle à grosses bulles et de la sibilance à la base du poumon droit, et disséminés dans tout le côté gauche. L'oppression était médiocre, la toux assez rare, l'expectoration nulle ou insignifiante. Le point de côté avait à peu près complétement disparu, ou ne se faisait plus sentir que dans les profondes inspirations ou pendant la toux.

La face était pâle, couverte d'une sueur froide; le pouls, très-petit et dépressible, battait cent vingt-quatre pulsations; la langue était lisse et assez sèche; l'abdomen médiocrement sensible. Le malade eut deux évacuations alvines, liquides et noirâtres, pendant ma visite, qui dura environ trois quarts d'heure.

J'avais évidemment affaire à une pneumonie du sommet, survenue pendant le cours d'un catarrhe bronchique et compliquée d'une colite aiguë; mais ce qui fixa le plus vivement mon attention, c'est le défaut de réaction vasculaire, ou plutôt l'espèce de contraste qui existait entre

les phénomènes morbides locaux et l'état général chez un homme jeune et d'une aussi robuste constitution. Était-ce la phlegmasie catarrhale de la muqueuse intestinale qui mettait obstacle à la manifestation franche de celle du parenchyme pulmonaire? Cela était assez probable ; mais, quoi qu'il en fût, je ne pouvais songer à attaquer de front cette dernière affection par une médication antiphlogistique que le malade n'aurait pas supportée : l'état général me paraissait contre-indiquer formellement toute espèce d'évacuation sanguine. Je dus chercher d'abord à provoquer la réaction du système circulatoire, et solliciter en même temps l'exhalation cutanée. Je prescrivis en conséquence des frictions réitérées, une infusion chaude de tilleul gommée, et 12 décigrammes de poudre de Dower en quatre prises à trois heures d'intervalle.

Le lendemain, on me manda que le malade avait transpiré, que son visage s'était coloré, qu'il paraissait fort échauffé et qu'il se plaignait de nouveau de son point. Jugeant alors la réaction suffisamment établie, je prescrivis une saignée du bras, en attendant que je pusse me rendre près du malade qui habitait un village distant d'environ quatorze kilomètres de mon domicile.

Ce n'est que le lendemain matin que je le vis. La saignée n'avait point été pratiquée, et C. s'était levé et échappé de sa demeure, sous prétexte d'aller à la recherche d'un cheval qu'il s'imaginait être perdu. Il avait ainsi parcouru plusieurs hameaux ou fermes, et n'avait été ramené chez lui que dans la soirée. Il me parla lui-même de son excursion, affirmant que c'était son frère qui était venu l'appeler, et ajouta qu'il était entré dans un cabaret où il avait mangé du fromage et bu du vin. Son visage était pâle et défait, son pouls petit et extrêmement fréquent, ses mains froides et tremblantes : l'oppression était considérable. Il expectora en ma présence, après de grands efforts, un crachat visqueux fortement rouillé.

Les signes fournis par l'auscultation et la percussion de la poitrine étaient à peu près les mêmes que l'avant-veille.

Je prescrivis une potion avec musc 0,30, et sirop d'opium 30 grammes, une infusion pectorale et l'application d'un large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine. Je recommandai de garder le malade à vue, et de lui ôter ses vêtements. Je m'efforçai, en outre, de lui faire comprendre la gravité de sa position, lui déclarant qu'il y allait de sa vie dans l'exécution des prescriptions qui lui étaient faites.

Le lendemain, on me fit dire que le malade était beaucoup plus calme, qu'il n'avait quitté son lit que pour aller s'asseoir un instant près du poêle, et qu'il suivait son traitement avec exactitude. Cepen-

dant il délirait toujours. Je fis renouveler la potion musquée, avec addition de 0,05 d'extrait gommeux d'opium.

Le 30 janvier, l'état ataxique a complétement disparu. Le malade a dormi, et se trouve tout à fait calme : il ne se souvient pas de tout ce qu'il a fait depuis trois ou quatre jours. Sa peau, chaude et halitueuse, exhale une odeur de musc bien prononcée : il en est de même des urines qui sont rares et foncées en couleur.

Le pouls est assez développé, mais mou et toujours dépressible. On commence à percevoir un peu de râle humide au-dessous de la clavicule; l'expectoration est visqueuse, difficile, fortement rouillée. Langue humide et brunâtre ; ventre souple, peu sensible, plat : une évacuation demi-liquide. Prescription : vésicatoire volant, poudre de scille, kermès et opium ; infusion des espèces pectorales du Codex pour tisane, et deux bouillons.

Les jours suivants, l'amélioration fait des progrès rapides, l'expectoration devient plus facile, et les erachats prennent peu à peu l'apparence de ceux d'un simple catarrhe. Dans les premiers jours de janvier, C. ne conservait plus de sa maladie qu'un peu de toux, avec erachats muqueux et un peu de faiblesse.

Quoique la marche de cette affection et l'étrange physionomie qu'elle a revêtue s'éloigne un peu des précédentes, je n'ai pas hésité à considérer comme *phénomènes ataxiques* le délire et les désordres nerveux et circulatoires qui l'accompagnaient, et à leur opposer le musc associé à l'opium. Ici encore la médication a eu un plein succès, puisque sous son influence l'état général a subi une prompte et heureuse modification.

En résumé, je suis convaincu que, dans certaines circonstances, le musc, associé à l'opium, constitue un médicament appelé à rendre de véritables services à la pratique, et dont l'usage est encore trop peu répandu.

Nonobstant le prix élevé du musc, on doit peut-être attribuer l'espèce d'abandon dans lequel il est resté à la diversité d'opinions des auteurs de matière médicale sur l'efficacité de ce médicament, qui, vanté outre mesure par les uns, est considéré par d'autres comme infidèle ou même inerte. Les cliniciens eux-mêmes ne sont guère plus d'accord sur la valeur thérapeutique du musc, et, pour ne parler que de son emploi dans la pneumonie ataxique, on sait que des praticiens haut placés ont opposé des faits négatifs aux exemples de succès publiés par des observateurs tout aussi dignes de confiance dans le but d'établir l'efficacité de ce médicament. Mais, en présence de ces assertions contradictoires, on est en droit de se demander si la question a été jugée et

résolue avec des éléments comparables, c'est-à-dire si, de part et d'autre, le médicament a été expérimenté dans les mêmes circonstances pathologiques. Rien n'est facile comme de s'entendre sur le diagnostic d'une pneumonie, si l'on veut s'en tenir aux données fournies sur l'état matériel du poumon par l'auscultation et la percussion de la poitrine; tous les observateurs seront d'accord sur ce point, pourvu qu'ils aient les sens suffisamment exercés. Mais s'il s'agit d'établir et de spécifier la nature de la lésion vitale, les praticiens, même les plus éclairés, pourront bien diverger dans leur opinion, si leur croyance et les doctrines dans lesquelles ils ont foi les portent à envisager les choses d'un point de vue différent. Il se peut donc qu'un observateur croie pouvoir qualifier pneumonie ataxique un état pathologique, dans lequel un autre ne verra qu'une simple phlegmasie du poumon réagissant sur les centres nerveux.

Si, par exemple, on veut considérer comme ataxiques toutes les pneumonies accompagnées de délire ou d'exaltation du système nerveux, on doit s'attendre d'avance à trouver le plus souvent le musc impuissant à les guérir, et l'on ne sera pas en droit de rejeter sur le compte de la médication des insuccès qui ne seront dus qu'à un défaut de précision dans l'indication thérapeutique. Le point essentiel est de bien saisir cette indication, car c'est surtout ici que l'efficacité du remède dépend de son opportunité. Il est probable que la réputation du musc serait moins équivoque, s'il n'avait jamais été administré que dans des cas où son usage était réellement indiqué. N'oublions pas surtout qu'il ne peut jamais être appelé à remplacer la lancette, le nitre ou le tartre stibié, car il n'est applicable qu'aux circonstances graves et difficiles où ces puissants moyens nous font défaut.

Carrière, D.-M.,
Agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

De l'utilité des boissons simplement émollientes dans le traitement de la colique saturnine.

Par M. Martin Solon, médecin de l'Hôtel-Dieu.

La colique saturnine n'est point seulement la maladie des ouvriers cérusiers, de ceux qui préparent le minium, des peintres et d'autres artisans. On l'observe sur des sujets qui font usage de l'acétate de plomb à l'intérieur, ou qui s'en servent en application sur des surfaces étendues. Cette dernière circonstance a surtout été notée lorsque les parties se trouvaient dépourvues d'épiderme. Enfin, il n'est pas rare de voir la maladie se développer à la suite de l'usage du vin recueilli sur le

comptoir en plomb des cabaretiers, et que certains de ceux-ci n'hésitent point à livrer au commerce. Dans tous ces cas, que l'absorption ait lieu par la peau ou par la membrane muqueuse, les accidents se manifestent presque constamment de la même manière. Les effets de l'intoxication suivent toujours la même marche. Le système nerveux de la vie organique semble le premier intéressé ; la sécrétion bilieuse se modifie, l'exhalation de la membrane muqueuse intestinale diminue, les contractions de la tunique musculeuse se pervertissent ; la colique de plomb, forme ordinairement primitive et la plus fréquente des accidents saturnins, se déclare. Bientôt l'hématose s'altère, le teint devient plombé, l'intoxication devient évidente par le liséré violâtre des gencives qui augmente de plus en plus ; le système nerveux de la vie de relation ne tarde pas à être atteint : les crampes de l'arthralgie se font sentir, les paralysies et l'anesthésie surviennent ; enfin, plus tard, les désordres s'étendent au cerveau ; le délire et l'épilepsie, affections comprises dans l'*encéphalopathie* de M. Tanquel-Desplanches, annoncent ou la congestion sanguine ou l'hypertrophie de l'organe, qui terminent le plus souvent la vie des malheureux soumis à cette série successive de graves accidents. Heureusement, le plus grand nombre réclament les secours de la médecine dès l'invasion de la colique saturnine, et préviennent ainsi les suites funestes de l'intoxication.

Des méthodes bien différentes ont été mises en usage pour dissiper les accidents saturnins. La douleur, bien qu'elle ne soit point évidemment de nature inflammatoire, a été combattue par les antiphlogistiques. Tronchin, Gaubius, Dehaen, Tissot, M. Renauldin, les ont également mis en usage. L'opium, plus indiqué contre les souffrances de la colique saturnine, est encore souvent prescrit avec avantage, d'après Stoll et Desbois de Rochefort. Les meilleures préparations sont le laudanum de Sydenham, l'extrait thébaïque, privé de narcotine, et les sels de morphine. M. Bouvier a employé l'éthérisation, et en a obtenu de bons effets.

Abandonnant la médecine du symptôme, MM. Rayer et Chevalier ont cherché à détruire la cause toxique et prescrit l'eau d'Enghien et les hydrosulfates. Les résultats n'ont point offert d'avantages réels ; l'acide sulfurique, donné par M. Gendrin, à la dose de quatre à six grammes par litre d'eau édulcorée, compte bon nombre de guérisons ; mais la méthode ne s'est point propagée, sans doute à cause de la saveur souvent désagréable du médicament. L'alun, rappelé par M. Kapeler, s'administre à la dose de quatre grammes, dans un julep gommeux, que l'on donne par cuillerée d'heure en heure ; mais il n'a de résultats bien satisfaisants seulement lorsqu'on lui associe quelques pur-

gatifs, le sirop de nerprun ou d'autres, choisis parmi ceux du traitement de la Charité.

Ce traitement empirique, composé de purgatifs sous diverses formes de tisane sudorifique, de thériaque, etc., est un de ceux qui ont eu le plus de vogue. On l'a cependant abandonné, ou mieux, on l'a simplifié en employant les purgatifs énergiques, l'eau de Sedlitz, l'huile de croton-tiglium, etc., seuls ou unis à l'opium ; en ayant soin toutefois de débarrasser la peau, à l'aide de bains alternativement sulfureux et savonneux, des couches de plomb qui la recouvrent. En rétablissant les garderobes, ce traitement n'aurait-il pas aussi l'avantage d'éliminer au dehors les principes saturnins retenus dans l'économie ? C'est ce que nous croyons. Mais, on le sait, les purgatifs fatiguent souvent les malades, occasionnent quelquefois des vomissements érugineux et pénibles, qui obligent de suspendre le traitement. La présence du plomb dans l'urine des ouvriers saturnins nous a fait penser que l'on pourrait peut-être prendre le système rénal pour voie d'élimination, et que les boissons abondantes, agissant comme diurétiques, seraient peut-être tout aussi utiles aux malades que les purgatifs, et ne les fatigueraient pas. C'est dans ce but que nous avons soumis, à l'hôpital Beaujon, pendant les mois de juin et juillet 1840, plusieurs sujets atteints de colique saturnine au traitement suivant :

Au nombre de 22, ces malades étaient tous dans la force de l'âge, d'une constitution ou moyenne ou vigoureuse, avaient les conjonctives, le visage et, en général, la peau d'une couleur ictérique, particulière aux ouvriers saturnins; tous, un seul excepté, avaient aux gencives un liséré bleuâtre très-distinct, signe reconnu d'une intoxication prononcée ; tous étaient atteints de colique saturnine parfaitement caractérisée : ventre rétracté, douleurs spontanées vives, soulagées par la pression directe ; constipation, etc ; tous avaient le pouls plus ou moins rare ; celui du malade dont les gencives n'offraient point le liséré donnait 44 battements le jour de son arrivée, et 72 lorsqu'il sortit. Ce malade et onze autres, douze en tout, étaient affectés d'une colique saturnine d'une moyenne intensité, compliquée d'arthralgie des genoux, de sternalgie ; quelques-uns même de vertiges épileptiformes. Dix autres avaient une colique d'une intensité moindre et sans complication.

Ces vingt-deux malades exerçaient habituellement les professions de maçons ou de terrassiers ; huit d'entre eux avaient déjà travaillé au plomb, et en avaient antérieurement éprouvé les fâcheux effets ; cinq sortaient de fabriques de minium ; seize, de fabriques de blanc de céruse ; un était peintre en voitures. Il nous a semblé que, parmi eux, les

plus gravement affectés et les plus promptement atteints par la cause toxique, étaient ceux qui restaient le plus longtemps dans l'atmosphère pulvérulente saturnine, et qui négligeaient de se nettoyer la bouche et les mains par des lotions assez fréquentes.

La colique saturnine, faible ou moyenne, s'est développée du neuvième jour au sixième mois de l'entrée des ouvriers à la fabrique. Ils sont, en général, venus à l'hôpital du deuxième au sixième jour de l'invasion de leur maladie, et presque tous avant d'avoir fait de traitement.

Nous avons prescrit à tous ces malades deux ou trois pots d'infusion légère de racine de guimauve, blanchie ou non, selon leur goût, de quelques cuillerées de lait, pour en rendre la saveur plus agréable. Ceux, en petit nombre, qui n'ont pas voulu continuer cette boisson, l'ont remplacée par la décoction de chiendent ou la limonade. Tous prenaient trois lavements émollients chaque jour, et appliquaient sur leur ventre des cataplasmes de farine de lin, pendant l'exacerbation de leurs douleurs abdominales. Tous ont été soumis, à leur entrée, à l'usage de bains sulfureux ; puis, nettoyaient leur peau du sulfure de plomb formé, à l'aide de bains alcalins et de fortes frictions. Quelques-uns, dont les gencives étaient ramollies, saignantes, sales et fétides, employaient un gargarisme aiguisé d'acide chlorhydrique ; ceux qui avaient de l'arthralgie faisaient des embrocations d'huile de stramoine.

Sous l'influence de ce traitement, l'urine a augmenté de quantité ; la peau s'est nettoyée et a repris ses fonctions ; les garderobes se sont rétablies, et la maladie a été amendée du deuxième au troisième jour, lorsque la colique était faible, et du troisième au cinquième, lorsqu'elle était plus intense. Tous les malades ont été guéris du sixième au quatorzième jour, en comprenant cinq d'entre eux qui eurent des recrudescences, soit parce qu'ils avaient négligé leur traitement, soit parce qu'ils avaient fait des imprudences. (Bull. de l'Académie de médecine, tome XII, page 567.)

En rapportant les faits que nous venons de citer, nous avons voulu montrer les avantages de l'emploi des boissons abondantes et des lavements émollients dans la cure de la colique saturnine. Prise comme traitement adjuvant et principal, cette médication, en dirigeant vers l'émonctoire rénal la cause toxique de la maladie, imite la marche de la nature, qui choisit également cette voie pour l'élimination du cuivre, du plomb, de l'arsenic, de l'antimoine et de divers autres poisons. Il en est de même de beaucoup de médicaments, qui, ne pouvant s'assimiler aux organes, s'éliminent de l'économie, après l'avoir modifiée par un contact plus ou moins prolongé, et se retrouvent en entier dans l'u-

rine. L'iodure de potassium, le nitrate de potasse, le sulfate de quinine peuvent être cités parmi ceux que l'on y découvre le plus facilement.

Bien que ces boissons adoucissantes et diurétiques puissent suffire dans le traitement de la colique de plomb, nous préférons employer concurremment quelques purgatifs, tels que l'eau de Sedlitz, l'huile de ricin, l'huile d'épurge, ou l'huile de croton-tiglium. On a, de cette manière, deux voies d'élimination, et l'on active d'autant la guérison, en détruisant directement l'impression causée par le plomb sur le canal intestinal. Quoique complétement guérie, on voit souvent subsister, après la colique de plomb, la modification du sang, annoncée par l'ictère saturnin, que l'on appelle avec plus de justesse anémie ou cachexie saturnine. Un bon régime, l'air pur et les préparations ferrugineuses font aisément cesser cet état morbide, et rendent bientôt à l'économie son énergie primitive. MARTIN SOLON.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

APERÇU PRATIQUE SUR LA SUPPURATION ET LES ABCÈS DE LA PROSTATE.

Par le docteur CIVIALE.

(Deuxième article (1).)

Nous avons dit qu'on ne devait point hésiter à pratiquer l'incision d'un abcès de la prostate lorsque la fluctuation était indubitable et le foyer placé d'une manière favorable. L'expérience a constaté l'utilité de cette opération. Aux faits déjà connus j'ajouterai le suivant, remarquable d'ailleurs sous d'autres rapports.

Un riche Américain, adulte, d'une constitution épuisée, fut pris, en 1842, de rétention d'urine qu'on parvint à faire cesser. Mais, avant cette époque, il éprouvait souvent des besoins plus rapprochés et plus impérieux, les urines étaient parfois sanguinolentes et contenaient soit des graviers, soit de petites écailles aplaties dont le malade avait recueilli une petite boîte : c'étaient des dépôts phosphatiques; leur nature calcaire fut constatée par M. Pelouse : il n'y avait pas d'acide urique.

Les moyens du ressort de la médecine n'ayant pas eu de succès, et les besoins d'uriner devenant chaque jour plus rapprochés, on fit plusieurs consultations. Les chirurgiens réunis furent d'avis qu'il s'agissait d'un calcul prostatique, et pendant plusieurs mois on fit d'inutiles tentatives pour extraire le corps.

(1) Voir le dernier numéro, page 337.

Le microscope fit découvrir dans l'urine du pus mêlé à du mucus. Toujours le malade souffrait en finissant d'uriner et après avoir uriné.

L'un des consultants ne croyait pas à la pierre, et pensait qu'il s'agissait d'une induration tuberculeuse de la prostate. Cette opinion se fortifia en 1843, et parce que les tentatives dirigées contre le prétendu calcul avaient été sans résultat, et parce que la tuméfaction prostatique prit des développements. Bientôt on constata qu'il y avait une collection purulente, on crut même remarquer quelques symptômes de résorption.

On essaya d'ouvrir l'abcès par l'urètre, mais toutes les tentatives furent inutiles. On se décida alors à inciser la prostate par le rectum ; on obtint en effet l'issue d'une certaine quantité de pus, ensuite la plaie se cicatrisa assez facilement et le malade fut envoyé aux bains de mer où la santé générale se rétablit. Mais l'état local laissait toujours beaucoup à désirer ; les besoins d'uriner étaient rapprochés ; l'urine contenait une grande quantité de muco-pus. Les accidents s'aggravèrent malgré tous les moyens auxquels on eut recours.

Je vis le malade le 13 janvier 1845, en consultation avec plusieurs confrères, mais nous le trouvâmes dans un état d'abattement, de prostration tel, qu'il ne put répondre à aucune question. Cet état ne fit qu'empirer le lendemain et les jours suivants. Tout espoir était perdu ; on ne songea même pas à s'assurer d'où venaient le sang et le pus que l'urine contenait en abondance ; la mort survint le troisième jour.

L'autopsie, à laquelle assistèrent la plupart des médecins dont les soins avaient été réclamés, fit constater l'état suivant :

1° Adhérence des petits intestins, du côlon descendant et du rectum, à la face postérieure et inférieure de la vessie par une fausse membrane palmée, ayant sa base à la vessie ;

2° Le rein gauche très-petit, et transformé en plusieurs cavités contenant, les unes un liquide séreux avec des grumeaux ressemblant à des hydatides ; dans l'une de ces cavités on trouva une matière caséeuse ramollie, ressemblant à du blanc-manger. Toute la substance propre du rein avait disparu ; l'urétère était amoindri.

Le rein droit avait un volume plus considérable que nature, et contenait des abcès circonscrits et une matière sanieuse, purulente, diffuse ; l'urétère correspondant était agrandi et pouvait admettre le doigt indicateur ; son orifice vésical était aussi très-dilaté, une grosse sonde s'y engageait facilement.

3° Les parois vésicales étaient hypertrophiées, et la capacité du viscère, notablement diminuée, contenait une petite quantité d'urine noirâtre et fétide, semblable à celle que le malade rendait habituellement.

Il y avait destruction complète de la membrane muqueuse de la vessie, mais il n'existait ni pierre, ni excroissance, ni tumeurs, et la prostate était atrophiée plutôt qu'hypertrophiée.

4° L'urètre ouvert par sa face supérieure était rétréci sous la symphyse pubienne. C'est à la région prostatique qu'on découvrit les principaux désordres ; sur les côtés de la crête urétrale existaient des excavations étendues, mais peu profondes ; de là des inégalités, des bosselures, dans cette partie du canal dont l'aspect n'avait rien de normal. Mais toutes ces lésions étaient anciennes, car on voyait partout une fausse membrane organisée; il nous fut impossible de découvrir les traces de la communication qui avait existé entre le rectum et la vessie ou le col vésical. Il nous parut que l'abcès s'était formé entre la prostate et le rectum. On ne découvrit aucun indice de calculs.

S'il fallait une nouvelle preuve de l'incertitude du diagnostic dans ces cas graves, on la trouverait dans le fait que je viens de relater brièvement; or, il s'agissait ici d'un sujet jeune et très-maigre, chez lequel, par conséquent, nos moyens d'exploration pouvaient être utilement appliqués.

Le sujet suivant n'offrait pas un abcès unique et volumineux, mais plusieurs collections purulentes peu étendues, et dont le contenu s'échappait par l'urètre. Carré, âgé de vingt-neuf ans, coiffeur, d'une assez mauvaise constitution, était sujet à l'hémoptysie. Il avait eu plusieurs gonorrhées depuis l'âge de vingt-un ans, ou plutôt la première, qui avait été très-violente, ayant résisté pendant assez longtemps aux moyens mis en usage pour la combattre, était passée à l'état chronique. De cette prédisposition il résultait que les excès en tous genres commis par le malade déterminaient à chaque instant une nouvelle phlogose aiguë dans le point de l'urètre où la première inflammation s'était localisée. Quoi qu'il en soit, Carré prétendait avoir eu successivement trois ou quatre gonorrhées. La dernière remontait à quatre années. C'était aussi à partir de cette époque qu'il avait ressenti les premières atteintes des souffrances qui le tourmentaient actuellement. Il commença alors à éprouver des difficultés pour uriner ; le jet du liquide était moins gros et moins fort, l'émission, parfois douloureuse, les besoins de rendre l'urine étaient plus fréquents. Sur ces entrefaites, le testicule gauche s'engorgea, et devint le siége d'une inflammation, qui se termina par résolution ; mais l'organe, qui conserva plus de volume et de dureté qu'auparavant, ne tarda pas à se phlogoser de nouveau, par suite d'un froissement auquel il fut exposé. Cette fois, la terminaison eut lieu par un abcès que l'on ouvrit, et qui rendit une assez grande quantité de pus. Le malade se rétablit promptement, et quoiqu'il

continuât d'uriner avec difficulté, il négligea de se soumettre à un traitement convenable. Enfin M. Pasquier lui fit faire usage de bougies en gomme élastique, graduellement augmentées de volume, et qui restaient en place chaque jour pendant une heure. Ces moyens n'ayant produit aucun effet, on eut recours à la cautérisation, qui fut deux fois pratiquée au col de la vessie, mais sans plus de résultat. Peu de temps après, le malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Blandin, qui s'assura, par le cathétérisme, de la liberté de l'urètre, prescrivit plusieurs applications de sangsues au périnée, et détermina une éruption à l'hypogastre par l'apposition d'un emplâtre stibié. Le malade quitta l'hôpital au bout de deux mois dans le même état qu'il y était entré. L'excrétion de l'urine devenant plus douloureuse et plus fréquente, et sa santé s'altérant de plus en plus, il prit le parti de se faire admettre dans le service des calculeux, en 1834. A cette époque, il était obligé, tous les quarts d'heure, de faire des efforts douloureux pour ne rendre chaque fois qu'une très-petite quantité d'urine, tantôt purulente ou muqueuse, tantôt trouble, rarement claire. Le jet était gros comme une plume de corbeau, précédé, accompagné et suivi de douleurs incisives dans la région périnéale et l'anus. Après l'expulsion des dernières gouttes, cette douleur se dissipait peu à peu, et faisait place à un sentiment de pulsation incommode. Quand le malade éprouvait le besoin d'aller à la garderobe, les mêmes souffrances se reproduisaient, mais plus cruelles : il était alors obligé de marcher en se courbant ; après la défécation, les douleurs persistaient encore ; le malade ne pouvait pas s'asseoir ; son sommeil était à chaque instant interrompu par la nécessité de satisfaire à des besoins pressants d'uriner. Du reste, l'appétit était bon, et il n'y avait pas de fièvre. J'essayai de combattre cet état par le traitement ordinaire des névralgies, et spécialement par l'emploi des bougies molles. J'introduisis donc une de ces bougies, qui parvint sans obstacle jusque dans la vessie ; mais son passage à la courbure de l'urètre occasionna de vives souffrances. Au bout de cinq minutes je la retirai ; elle rapporta à son extrémité une empreinte rugueuse et sillonnée. Le même phénomène eut lieu le lendemain, et me fit penser que le col de la vessie offrait une saillie anfractueuse produite par une lésion de la prostate. Le malade prit des bains ; je lui prescrivis un régime adoucissant, des lavements et des boissons délayantes, mais je ne dissimulai pas la gravité de l'affection, sur la nature de laquelle l'ensemble des symptômes, l'inutilité des moyens déjà employés et l'ancienneté des premiers symptômes ne permettaient de porter qu'un pronostic peu favorable. Cet état se compliqua d'une série d'accidents formidables, qui se déclarèrent peu de

jours après l'entrée du malade, et qui paraissaient se rattacher à une lésion chronique du poumon droit. Le calme se rétablit néanmoins du côté droit de la poitrine, et je pus reprendre le traitement de la maladie urétrale.

Je passai une bougie, qui pénétra dans la vessie sans que rien l'arrêtât, mais qui détermina de vives douleurs en traversant la partie prostatique de l'urètre. Le même moyen fut continué les jours suivants, secondé par des bains, des lavements et de légers minoratifs que commandait une opiniâtre constipation. Le malade ne pouvait supporter la présence des bougies au delà de six à sept minutes. Toutefois, il n'éprouva aucun accident, et pendant un mois un peu d'amélioration se fit remarquer dans son état. On était graduellement venu à introduire une bougie molle, n° 9. Les urines présentaient alors un aspect particulier ; elles ressemblaient à de l'amidon délayé dans de l'eau, ou à du lait caillé : elles déposaient abondamment une substance qui, séparée par la décantation, était blanche et analogue à de la craie ; les gouttes qui tombaient sur le carreau y laissaient une tache comme plâtreuse en se séchant. Cette substance était composée de phosphate de chaux et de phosphate de magnésie, unis à beaucoup de matière muqueuse et à une petite quantité de matière grasse. L'état des urines resta le même pendant une quinzaine de jours. Le testicule droit devint alors la proie d'une inflammation que les antiphlogistiques atténuèrent fort peu, et depuis l'apparition de laquelle l'émission des urines, déjà si difficile, éprouva de nouvelles entraves, qui forcèrent de suspendre l'introduction des bougies. La vessie, contractée fortement sur elle-même, pouvait à peine contenir une demi-once de liquide, en sorte que d'impérieux besoins d'expulser ce dernier reparaissaient de quart d'heure en quart d'heure, l'émission elle-même entraînait des douleurs inouïes, et elle n'avait lieu que goutte à goutte, avec des efforts considérables. Le liquide prit un aspect bourbeux ; il déposait d'abondantes mucosités. L'anus et le périnée étaient, en outre, le siége de douleurs lancinantes presque continuelles. Une insomnie accablante épuisait le peu de forces qui restaient encore au malade pour lutter contre tant de désordres, dont la cause apparente était un engorgement considérable de la prostate, que j'avais reconnu par la sonde et par l'introduction du doigt dans l'anus. Pour abréger cette relation déjà longue, je passe sous silence une foule de détails relatifs à un abcès qui survint aux testicules, et les accidents qui résultèrent d'une tentative de sondes à demeure dans la vessie. La mort, depuis longtemps prévue, eut lieu enfin. A l'autopsie on trouva le rein gauche d'un tiers plus volumineux qu'à l'état normal, mollasse, ardoisé, et garni de plusieurs petits abcès;

l'autre, très-mou et comme atrophié contenait deux kystes pleins d'une matière blanche, d'apparence cérébriforme. Les parois de la vessie avaient trois lignes d'épaisseur. Cet organe contenait deux onces d'urine purulente; la membrane muqueuse offrait de nombreux replis et une teinte livide; les lobes latéraux de la prostate étaient squirrheux, désorganisés, et creusés de plusieurs cellules communiquant entre elles et avec l'urètre; ces lacunes, entrecoupées en divers sens par des brides, indiquaient la trace de plusieurs petits abcès qui, organisés comme des kystes, s'étaient ouverts et successivement vidés, en laissant échapper par l'urètre, pendant l'émission de l'urine, la matière blanche dont j'ai indiqué la composition. Les points de la glande qui n'avaient pas été le siége d'abcès étaient durs, homogènes, lardacés; le moyen lobe n'avait point acquis de développement extraordinaire; le diamètre de l'urètre n'offrait rien d'anormal dans la région prostatique, dont l'organisation ne différait point non plus de ce qu'elle a coutume d'être; mais la partie membraneuse était entourée d'abcès développés dans le tissu musculaire et vasculeux, sans communication avec l'intérieur du canal; les conduits éjaculateurs étaient très-dilatés, surtout à leurs orifices.

Ce cas n'est pas le seul où j'ai vu, au voisinage de la prostate, des abcès incontestablement liés aux désordres survenus dans la glande, avec ou sans communication directe entre le foyer principal de la maladie et la collection purulente consécutive. Les cas de la première espèce sont les plus graves, et l'autopsie manque rarement de faire découvrir toutes les ramifications du travail inflammatoire. Ceux de la seconde catégorie présentent moins de dangers, et peuvent même quelquefois être guéris. Mais il se commet des erreurs nombreuses de diagnostic à leur égard. Dans la plupart des cas que j'ai rencontrés, l'abcès a suivi une marche analogue à ce qu'on observe quand il s'en développe une au pourtour de la partie profonde de l'urètre, sans communication appréciable entre ce canal et le foyer. J'ai parlé de ces sortes d'abcès dans le premier volume de mon Traité pratique : je ne les rappelle ici que pour montrer leur analogie avec ceux dont je m'occupe. Ils se forment et se développent tantôt d'une manière très-lente, et tantôt brusquement, soit au périnée, soit dans l'excavation pelvienne. Souvent ils restent stationnaires pendant longtemps, et presque toujours alors on méconnaît la nature du mal. Je viens d'en observer un nouvel exemple chez un septuagénaire que j'avais lithotritié trois ans auparavant. Une tuméfaction considérable de la prostate et une irritation excessive du col vésical rendirent l'opération difficile et douloureuse; cependant le malade guérit, ne conservant que des besoins fréquents d'uriner. Vers la fin de 1839, il se déve-

loppa, sans cause appréciable, une tumeur au périnée, dont la nature fut d'abord méconnue. Au moment où l'on m'appela, cette tumeur, qui était stationnaire depuis quelques semaines, avait grossi tout à coup ; la fluctuation y était manifeste. Je fis de suite pratiquer au périnée une large incision, par laquelle il s'écoula beaucoup de matière sanguinolente, avec une petite quantité de pus. Quinze jours après on vit quelques gouttes d'urine sortir par l'ouverture ; cet écoulement continua plusieurs semaines, avec des interruptions plus ou moins longues. Si cet abcès avait été ouvert en temps opportun, l'urine ne se serait probablement point échappée par la plaie, et la guérison eût été obtenue en peu de jours. Dans la plupart des abcès au périnée ou au voisinage de l'anus où l'on peut soupçonner une liaison entre eux et l'état de l'urètre, de la prostate ou du rectum, il faut en étudier la marche avec le plus grand soin, car s'il est des cas où l'on puisse en différer l'ouverture, dans le plus grand nombre on doit au contraire se hâter d'inciser la tumeur, sans attendre qu'il y ait fluctuation, comme on a coutume de le faire, dût l'incision ne donner issue qu'à de la matière sanieuse. Il est constaté, en effet, que ces collections, d'abord circonscrites, se montrent sous la forme d'une tumeur rénitente et sans douleurs vives ; mais si l'on ne se hâte pas de les ouvrir, l'inflammation est susceptible de prendre tout à coup une grande extension et une marche très rapide, d'où résultent de graves désordres, entre autres la communication du foyer purulent avec l'urètre, la vessie ou le rectum. Or, la gangrène existait déjà quand on pratiqua l'ouverture du dépôt dont je viens de parler, et le malade sentit à peine l'instrument tranchant.

L'opinion de ceux qui veulent qu'on laisse ces abcès s'ouvrir d'eux-mêmes n'est pas mieux fondée que celle des praticiens qui attendent, pour faire une incision, le moment où la fluctuation devient manifeste. Dans l'un et l'autre cas, on donne à l'inflammation le temps de parcourir toutes ses périodes et d'entraîner des désordres qui sont ensuite au-dessus des ressources de l'art.

Ces abcès peuvent survenir pendant le traitement de la tuméfaction prostatique par les sondes à demeure, surtout quand on néglige les précautions que j'ai indiquées. Il serait difficile de déterminer si l'action en vertu de laquelle l'instrument provoque la formation d'une collection purulente, porte sur la prostate plutôt que sur tout autre point de l'urètre. Il est rationnel de penser que la partie prostatique en est le véritable point de départ. Mais si l'on se rappelle combien les orchites sont fréquentes dans les maladies du canal, quel qu'en soit le siége, on reconnaîtra sans doute que d'autres points de l'urètre, no-

tamment la courbure sous-pubienne, peuvent le devenir aussi et donner lieu à ces phénomènes morbides.

Dans les faits que je viens de citer et qui confirment ce que d'autres avaient appris, on aura remarqué : 1° que les sujets étaient jeunes plutôt que vieux ; 2° que la constitution était ou naturellement mauvaise ou accidentellement détériorée par les excès ; 3° que, dans plusieurs cas, la diathèse tuberculeuse était manifeste. Il est constaté aussi que la plupart des abcès de la prostate ont été précédés de difficultés prolongées d'uriner, suivies pour la plupart de rétentions complètes d'urine qui sont pour ainsi dire le terme de la maladie, et ce n'est même qu'alors qu'on a été amené à soupçonner, ou à découvrir la collection purulente. Lorsque les abcès se sont formés pendant ou à la suite des traitements des coarctations urétrales, on a remarqué en général un cortége de phénomènes spéciaux que j'ai indiqués dans les cas relatés ci-dessus. C'est surtout après l'emploi des caustiques, soit dans l'urètre, soit au col vésical, qu'on a vu les abcès prostatiques se former.

La coexistence fréquente des abcès de la prostate et des lésions des testicules, et surtout des coarctations urétrales, ne saurait surprendre le praticien ; l'influence réciproque de ces organes les uns sur les autres est un fait d'observation journalière.

La réserve que je me suis imposée en égard aux indications thérapeutiques sera parfaitement comprise de ceux qui prendront la peine de s'assurer que les signes rationnels sont obscurs, insuffisants, si même ils ne manquent pas entièrement, et aussi que les moyens explorateurs sont rarement applicables.

Il y a une remarque que je ne puis me dispenser de faire au sujet des abcès méconnus de la prostate, et qui peut s'appliquer de même à d'autres états pathologiques, soit du col vésical, soit de la partie profonde de l'urètre ou de tout autre point de l'appareil urinaire.

On parle beaucoup de phénomènes typhoïdes observés à la dernière période des maladies des voies urinaires, mais on néglige à tort de rechercher la corrélation existante entre les phénomènes et les désordres constatés par les ouvertures des corps. Cette négligence est d'autant plus regrettable que les signes rationnels d'après lesquels on se guide sont, les uns infidèles, les autres muets ou négatifs. CIVIALE.

DU TRAITEMENT DE LA TEIGNE PAR L'EMPLOI DE LA CALOTTE.

J'ai vu fréquemment employer, j'ai employé moi-même la calotte dans le traitement de la véritable teigne, du favus proprement dit. Le but de cette courte notice n'est point de réhabiliter l'ancienne médication, si justement flétrie du nom de barbare. Je me propose seule-

ment de dire quels procédés différents on peut suivre, quels résultats on peut obtenir.

Avant que la dermatologie fût arrivée au degré de perfection qu'elle a atteint aujourd'hui, la méthode générale de traitement du favus consistait dans l'application de la calotte. Sans aucun soin préalable, sans avoir coupé les cheveux ou nettoyé le cuir chevelu, on couvrait la tête des malades d'un mélange résineux qui formait, en se durcissant, une couche uniforme, et qu'on ne pouvait plus enlever qu'en totalité. Après un nombre déterminé de jours, l'emplâtre était violemment arraché, quelque résistance qu'on rencontrât. Tous ceux qui en ont été témoins savent de quelle atroce douleur s'accompagnait cette ablation. Des mains du médecin, le traitement du favus était tombé dans le domaine d'empiriques, la plupart très-étrangers à l'art de guérir. C'était, en définitive, une méthode d'épilation, mais certainement la plus barbare et la plus inintelligente de toutes les méthodes. Elle était pourtant suivie de guérison, mais d'une guérison achetée au prix de telles douleurs, que beaucoup de malades renonçaient à se soumettre à un pareil traitement.

Les religieuses chargées du traitement du favus, à l'hôpital de Tours, suivaient dès ce moment, c'est-à-dire il y a plus de vingt-cinq ans, un tout autre procédé dans l'application de la calotte. C'est ce procédé, communiqué à M. Bretonneau, puis à M. Trousseau, et successivement perfectionné par ces deux praticiens, si habiles et si ingénieux, que je veux brièvement exposer.

La substance emplastique dont on fait usage est un mélange de diverses résines, de farine et de vinaigre, dans les proportions suivantes :

Farine de seigle.	110	grammes.
Poix de Bourgogne.	124	grammes.
Poix-résine.	96	grammes.
Résine de térébenthine.	48	grammes.
Vinaigre blanc.	1,250	grammes.

Ces proportions ne sont sans doute pas absolues. Elles peuvent être changées suivant telle ou telle indication particulière ; mais ce sont celles qu'on emploie le plus communément, et qui se trouvent dans un grand nombre de formulaires. On obtient ainsi un mélange de couleur jaunâtre, brunissant à l'air, de consistance assez molle pour qu'on puisse l'étendre très-facilement comme une pommade un peu épaisse.

L'emplâtre bien préparé, on coupe de petits morceaux de toile en forme de demi-côtes de melon, de véritables triangles isocèles par conséquent, et d'une grandeur telle que leur pointe, étant placée au sommet de la tête, leur base arrive au pourtour de la tête, ainsi que le

montre la figure ci-jointe. On les recouvre d'une couche un peu épaisse de l'emplâtre-calotte. On coupe alors les cheveux bien exactement, et,



pour plus de facilité, avec des ciseaux courbés sur le plat. Il est tout à fait inutile de raser la tête. Il serait souvent impossible ou dangereux de le faire. On applique alors sur le cuir chevelu les morceaux de linge recouverts de l'emplâtre, et en ayant soin de poser leur pointe sur le sommet de la tête, en sorte que tous partent du même point, et que leur base, formant autour de la tête une même ligne circulaire, ils constituent une véritable calotte à côtes.

Pour maintenir les pièces de l'appareil exactement appliquées, on placera avec avantage, autour de la base, une bande de sparadrap de la largeur du doigt et assez longue pour faire une ou deux fois le tour de la tête.

L'appareil ainsi formé se dessèche bientôt. On l'enlève tous les cinq ou six jours pour le renouveler exactement de la même manière. Dès que les cheveux grandissent, on les coupe, et avec les mêmes précautions, de façon à les maintenir constamment bien ras.

L'appareil s'enlève ordinairement à peu près sans douleur, ce qui se comprend très-bien, les cheveux ayant été préalablement coupés. Si pourtant on produisait le moindre tiraillement douloureux, il suffirait, pour le faire cesser bientôt, de mouiller l'appareil. On renouvelle d'ailleurs très-régulièrement les applications, jusqu'à ce que la maladie ait complétement disparu.

Il est facile de voir que cette médication, malgré l'analogie qu'elle a avec l'ancienne, en diffère pourtant essentiellement. Ici, point d'arrachement violent des cheveux ; tout se réduit à une application topique médicamenteuse.

J'ai vu fréquemment guérir la teigne par le moyen que je viens d'indiquer, et je ne saurais trop répéter que je parle ici de la véritable teigne, du favus proprement dit, avec sa forme et ses godets caractéristiques. C'est une distinction d'autant plus importante a faire, qu'on donne chaque jour, dans la pratique, le nom de teigne à des affections du cuir chevelu essentiellement différentes, comme des eczémas ou des impétigos, avec leurs innombrables variétés. Or, il est d'observation constante que les maladies eczémateuses ou impétigineuses du cuir chevelu, particulièrement chez les enfants, cèdent avec une facilité infiniment plus grande que le favus proprement dit.

Les limites de ce travail ne me permettent point de rapporter les nombreux exemples de guérison que j'ai observés, et plus particulièrement dans le service d'enfants que dirige, à l'hôpital Necker, M. le professeur Trousseau. Je me bornerai à dire que, par l'emploi de la calotte suivant le procédé que j'ai indiqué, j'ai vu guérir, à l'hôpital de Tours, un homme de quarante-six ans, et chez lequel le favus durait depuis quarante-trois ans. L'éruption ne s'était pas bornée au cuir chevelu ; elle avait envahi toute l'étendue des membres, où on la trouvait disséminée, ainsi que sur le tronc. Cet homme, qui communiqua d'ailleurs la maladie à un de ses voisins, et fut pour nous un remarquable exemple de la contagion du favus, fut guéri en quatre mois à peu près. M. le professeur Trousseau possède également des observations de teignes faveuses durant déjà depuis longues années, et qui ont cédé à l'emploi méthodique du même moyen. L'efficacité du remède lui semble si incontestable, que souvent, dans son service, il n'hésite pas à le prescrire dans les affections eczémateuses ou impétigineuses du cuir chevelu, maladies aussi différentes du véritable favus, que la gale, par exemple, l'est de la psoriase.

Comment agit l'emplâtre de cette calotte ? J'avoue que la question me semble difficile à résoudre ; et, à dire vrai, elle ne me paraît pas être d'une très-grande importance. Peut-être, d'ailleurs, l'action thérapeutique de la calotte est-elle spéciale, comme l'est la teigne elle-même.

Les médications qu'on a opposées au favus sont bien nombreuses. —Je ne veux point les examiner comparativement et établir la prééminence de telle ou telle. Il est très-évident que chacune d'elles compte des succès. La question, d'ailleurs, est trop complexe pour pouvoir être facilement résolue. Il faudrait tenir compte à la fois et de l'innocuité du traitement, et du temps après lequel se produit la guérison, et de la fréquence des récidives, de bien d'autres conditions enfin, toutes d'une appréciation difficile. Ce que j'ai voulu établir seulement, c'est que la calotte, suivant le procédé dont j'ai donné une rapide description, est d'une application facile, qu'elle guérit et qu'elle guérit bien.

D.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SIROP DE RAIFORT COMPOSÉ, PRÉPARÉ A FROID.

Le sirop de raifort composé, *sirop antiscorbutique* des anciens pharmacologistes, est un de ces anciens et rares médicaments composés conservés au cadre d'activité dans la matière médicale actuelle, en rai-

son de leurs vertus curatives incontestables; c'est une de ces heureuses mixtions pharmaceutiques qui justifient, prouvent l'utilité de l'association des médicaments que quelques auteurs modernes combattent, selon nous, d'une manière trop absolue. Quel est, en effet, le médicament simple qui, dans l'état actuel des connaissances thérapeutiques, pourrait remplacer le sirop de raifort composé dans les cas où il est généralement prescrit? Quel est le médicament simple qui pourrait, aussi bien que lui, déterminer à la fois la tonicité, la stimulation, l'épuration, et rétablir ainsi le rhythme normal de l'organisme, particulièrement chez les enfants à constitution molle ou empâtée et disposés à la scrofule?

Avec beaucoup de médicaments composés, on ne peut reconnaître qu'un seul effet dynamique produit, seul but aussi que leurs auteurs paraissent s'être proposé. Ainsi, avec les pilules de cynoglosse on ne veut obtenir qu'un effet, la sédation, dans cette préparation les substances autres que l'opium ne concourant qu'à assurer l'action sédative de cette dernière. L'action du sirop antiscorbutique est composée comme ce médicament l'est lui-même. Or, si l'on considère sa composition, on reconnaît de suite qu'il contient trois sortes d'agents modificateurs:

1° Des excitants (écorces d'oranges, cannelle et plantes crucifères par leurs huiles volatiles; alcool);

2° Des toniques (écorces d'oranges et cannelle par leur tannin; ményanthe);

3° Des sudorifiques (plantes crucifères par leur soufre).

D'après ce que nous venons de dire, on doit donc obtenir de l'usage du sirop de raifort composé les résultats précités, et on les obtient aussi. C'est ce qui explique la confiance qu'ont généralement en lui, pour combattre les dispositions spéciales que nous avons signalées, les praticiens expérimentés; car il est à remarquer que les jeunes médecins, encore imbus des préjugés d'écoles, n'arrivent à l'employer et à reconnaître sa valeur thérapeutique qu'alors qu'ils ont épuisé la médecine expectante, puis certains médicaments simples qui ne leur ont fourni des résultats ni aussi prompts, ni aussi catégoriques.

Cette importance thérapeutique même du sirop de raifort composé nous a porté, il y a déjà plusieurs années, à nous occuper de sa préparation, et, par suite, à faire connaître une modification au mode opératoire ordinaire. Le procédé que nous avons publié alors se rapproche beaucoup du procédé originel que les auteurs d'une édition déjà ancienne du *Codex* ont fait perdre de vue. La modification faite par nous est toute, ainsi qu'on le verra bientôt, dans l'application des données nouvelles de la chimie organique. En y revenant aujourd'hui

nous avons en vue d'en répandre davantage la connaissance, et aussi de rectifier les erreurs qui se sont glissées dans la reproduction faite par différents journaux de notre premier article. Voici notre procédé.

On prend :

Coehléaria récent.	500	grammes.
Ményanthe.	500	—
Cresson.	500	—
Raifort	500	—
Oranges amères	500	—
Cannelle.	15	—
Alcool rectifié à 56°.	500	—
Suere bien sec.	Q. S.	

C'est-à-dire les mêmes substances et en même quantité que pour le sirop préparé par le procédé du Codex, si ce n'est toutefois que le vin est remplacé par une proportion moindre d'alcool, et que la proportion de sucre est déterminée par la quantité de sue fourni par les plantes.

On pile les plantes, sauf le raifort, dans un mortier de bois, et l'on soumet à la presse : au bout de quelques heures on filtre le sue à eouvert. On reprend le tourteau végétal, on le pile en y ajoutant peu à peu l'aleool dans lequel on a fait préalablement macérer la eannelle; on soumet le magma à la presse, on filtre également l'aleoolé à l'abri du contact de l'air.

D'autre part, on eoupe le raifort en petits tronçons; on lui ajoute une à deux fois son poids de suere, et on le pile par parties au mortier eouvert.

Le suc aqueux et l'alcoolé étant filtrés, on les mélange, on les pèse et on les verse sur le saeeharure de raifort, que l'on a soin d'enfermer dans un vase fermé. On fait foudre à froid; on laisse quelques heures en contaet, puis on passe promptement avee expression. On remet le liquide dans le vase eouvert, avee la quantité de suere nécessaire pour parfaire en poids le double de celui du sue; on fait fondre à froid ou plus expéditivement à une faible chaleur au bain-marie; on introduit du papier en pâte dans le sirop, et on le passe à la chausse, à l'abri du contact de l'air.

Comme on le voit, à la distillation prescrite par le Codex, nous substituons l'extraetion du sue des plantes, pratique, du reste, indiquée dans le procédé primitif; la partie vraiment originale de notre proeédé eonsiste done dans la contusion du raifort avee le suere. Voiei sur quoi est fondée cette manipulation. On sait, depuis les travaux de plusieurs chimistes modernes, que l'huile volatile ne préexiste pas dans le raifort; qu'elle ne se forme que lorsqu'on vient à mettre ses élé-

ments en contact avec l'eau. Or, le sucre est un corps avide d'eau : en le faisant intervenir dans la contusion, il absorbe l'eau de végétation de la racine et empêche momentanément la formation de cette huile; mais comme il est impossible d'empêcher complétement cette formation, le sucre agit encore en cette circonstance comme corps poreux; il absorbe, fixe l'huile volatile, qui tend à se dissiper. On a la preuve que cette action du sucre est exercée, en ce que l'odeur qui s'exhale pendant la contusion du raifort avec le sucre est incomparablement moins forte que sans cette addition, et que lorsqu'on délaye le saccharure de raifort dans les sucs pour le transformer en sirop, l'huile volatile se forme en abondance.

Tel est le procédé que nous avons fait connaître et qui donne, ainsi que nous le disions alors, un sirop contenant tous les principes actifs des plantes employées, sans altération, d'une couleur ambrée, transparent, d'une odeur et d'une saveur antiscorbutique franches, prononcées, sans être désagréables ; tandis que par le procédé ordinaire, les principes actifs des substances étant longtemps soumis à l'action du feu qui les altère profondément, ainsi que le prouve la sulfuration de l'appareil distillatoire, on obtient un sirop d'une couleur brune, d'une odeur et d'une saveur âcres, dont l'action sur les muqueuses est quelquefois même corrosive, surtout chez les enfants.

Nous devons dire, d'ailleurs, que l'expérimentation clinique a pleinement confirmé les prévisions que nous avions eues en proposant la préparation à froid du sirop de raifort composé.

Les indications thérapeutiques du sirop de raifort composé découlent de ce que nous avons dit au commencement de cet article. En effet, l est ordonné par les praticiens comme tonique, stimulant, apéritif, dépuratif, antiscorbutique. On l'emploie surtout dans la médecine des enfants, pour combattre la mollesse des tissus, la bouffissure, la pâleur, les engorgements légers, la tendance scrofuleuse, rachitique et chlorotique. Dans la scrofule même, il est un puissant auxiliaire de la médication iodique; aussi voit-on beaucoup de praticiens, parmi lesquels nous citerons plus particulièrement les docteurs Lugol, Guersent, Chomel, Blache, Monod, l'associer directement ou indirectement, dans le traitement de cette affection, avec l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, etc.

La dose journalière pour les enfants est d'une cuillerée à café à une cuillerée à bouche ; pour les adolescents elle est de une à deux cuillerées, et pour les adultes de deux à trois cuillerées. On le prend délayé dans une tisane de houblon ou autre appropriée, mais le plus souvent on le fait prendre pur. DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'ASTHME NERVEUX DIAPHRAGMATIQUE.

Je viens de lire avec un vif intérêt l'article de M. Sandras sur l'asthme nerveux, inséré dans le numéro de février du *Bulletin de thérapeutique*. Une longue pratique, qui ne compte pas moins de quarante années d'un exercice actif, m'a sans doute mis à même de constater des exemples d'asthme *essentiel,* mais j'ai eu bien plus souvent affaire a des maladies qui simulaient ce dernier. En me servant du mot d'*essentiel*, j'avoue qu'il me serait difficile de le justifier avec quelque rigueur. Qu'il me suffise de dire en ce moment que l'espèce d'asthme, ou mieux de dyspnée, dont je vais parler, ne tient ni à une lésion du tissu pulmonaire, ni à celle du cœur ou de ses enveloppes ; elle rentrerait dans l'asthme nerveux de M. Sandras. Si je me décide à l'exhumer du journal de ma pratique, c'est surtout pour témoigner mon étonnement de ce que, dans les divers tissus énumérés par M. Sandras comme pouvant produire par leur lésion la dyspnée asthmatique, ce professeur n'ait point compris le diaphragme, ce muscle si puissant dans l'acte de la respiration, ce muscle qui offre toutes les conditions propres à la production de la névralgie ou du rhumatisme. Voici donc une observation de cette espèce :

M. François M..., mon ami, est âgé de quarante-huit ans. A son embonpoint, à son large thorax, à sa carrure, à son teint méridional, à sa barbe noire bien fournie, on le croirait d'une constitution robuste ; mais ses membres arrondis, ses muscles mal dessinés, l'abondance et la mollesse du tissu cellulaire sous-cutané, trahissent à l'œil du médecin une prédominance lymphatique avec toutes ses conséquences. Ajoutez à cela quelque tendance à l'hypocondrie et une intelligence fort remarquable.

Depuis environ dix ans, François est sujet à des accès d'une dyspnée profonde, qui le met dans une imminence de suffocation, en lui rendant presque impossible l'acte de l'inspiration de l'air. Il ressent alors, dans le pourtour de l'évasement du thorax, un tiraillement plus pénible que douloureux, qui l'empêche, dit-il, de tirer l'air à lui, et le menace de défaillance. Durant cet état, qui peut se prolonger quinze à vingt minutes, le pouls devient fréquent, mais demeure régulier ; et, après l'attaque, il reprend son rhythme normal. Jamais, quel que soit le degré de la dyspnée, la respiration n'est sibilante, comme dans l'asthme légitime ou essentiel. Depuis quelques années, les attaques ont moins d'intensité, et se déclarent principalement dans la nuit ; mais le carac-

tère de la dyspnée n'a point changé, et c'est toujours aux attaches du diaphragme que le malade en rapporte la cause ou le siége principal. La chronicité de cette affection a fini par rendre le tempérament *barométrique*, en sorte que presque toujours les attaques précèdent ou accompagnent les variations météorologiques.

Dès la première année de l'installation de cette dyspnée, il me fut facile de juger que ce n'était ni l'*asthme humide* des anciens, puisqu'il n'existait aucune trace de sécrétion morbide dans le poumon, ni l'*asthme sec*, que l'on pût attribuer à une affection du cœur. Mais, tout en reconnaissant que le diaphragme était le siége du mal, je demeurai longtemps flottant entre le rhumatisme ou la névralgie de ce muscle. Je fus assez heureux pour faire partager au malade ma conviction sur le peu d'inquiétude sérieuse que m'inspirait son état.

Dans le début de cette dyspnée, je dus recourir plusieurs fois à la saignée du bras, plus par concession que par conviction. Il n'en résulta jamais un soulagement que l'on pût rationnellement lui attribuer; aussi j'y renonçai, et le malade lui-même resta convaincu de son insuccès. Le régime, l'observation de quelques préceptes de l'hygiène, et, lors des attaques ou de leur imminence, l'inhalation et les frictions locales d'éther furent les seuls moyens mis en usage. Depuis quelques années la dyspnée a, je le répète, moins de fréquence et surtout moins d'intensité. La santé générale est sans reproche.

En février dernier (1848), François, après avoir payé un tribut modéré à la grippe épidémique, fut saisi d'un rhumatisme excessivement douloureux du muscle deltoïde droit. J'avais espéré que cette nouvelle maladie aurait révulsé, au moins momentanément, celle du diaphragme, surtout si cette dernière était de nature rhumatismale; mais il n'en fut pas ainsi. Les douleurs aiguës du deltoïde n'empêchèrent pas le retour de la dyspnée nocturne. Celle-ci persiste depuis la parfaite guérison du rhumatisme deltoïdien, comme avant ce dernier; et je suis d'autant plus incliné à la considérer comme nerveuse.

Je terminerai ces quelques lignes rapides par un fait qui m'est personnel. Après avoir, pendant sept années, exercé une médecine militaire très-active dans nos armées impériales en Espagne, et après deux années d'un paisible séjour au foyer domestique, je fus, en 1816, inopinément pris, pendant la nuit, d'une attaque d'asthme avec orthopnée et respiration sibilante. Je fus saigné. Le lendemain, j'étais rentré dans l'état normal. Cette première atteinte (et je suis heureux de dire cette dernière) était d'autant plus significative à mes yeux, que je suis le fils d'un médecin qui a lutté presque toute sa vie contre un asthme essentiel bien caractérisé. Eh bien ! dans cette même année 1816, tout

en parcourant, dans l'été, les établissements thermaux de nos Pyrénées, mon ardeur pour les recherches d'histoire naturelle me fit gravir les sommets les plus altiers de cette majestueuse chaîne. J'ai renouvelé mes excursions, mes ascensions pendant un grand nombre d'années ; j'ai mené une vie activement occupée, et jamais je n'ai éprouvé le moindre trouble dans la respiration. Or, j'ai aujourd'hui soixante-sept ans bien sonnés, et, grâce à Dieu, je n'ai encore aucune infirmité, ni grande ni petite. M. Sandras pensera sans doute que mon attaque isolée d'asthme peut compter parmi ses asthmes nerveux, et je pourrais peut-être dire, *asthme nerveux diaphragmatique* (1).

Léon Dufour, D. M.
Saint-Sever (Landes).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de nosographie médicale, par J. Bouillaud, *professeur de clinique médicale à la Faculté*. Cinq vol. in-8°, J.-B. Baillière.

Peu d'ouvrages ont été attendus avec autant d'impatience que celui que nous annonçons aujourd'hui au public. Les travaux antérieurs de l'auteur, son mérite et sa position élevée dans l'enseignement, rendent suffisamment raison des désirs de nos lecteurs. Dans sa préface, fortement pensée et vigoureusement écrite, M. Bouillaud félicite la médecine française des progrès qu'elle a fait faire à la science depuis les beaux travaux de Bichat, et de la direction que l'anatomie pathologique lui a imprimée par l'influence des leçons de Dupuytren, de Laennec, et surtout de Broussais. Tout en rendant hommage à la mémoire de l'illustre Broussais, qui, sans le vouloir, a fait naître chez nous le doute, et développer l'esprit d'examen et de recherche, nous pensons cependant qu'il n'a pas autant que Laennec contribué aux progrès réels et récents de la science; ce savant, de glorieuse et impérissable mémoire, l'honneur de la médecine française, a, par son

(1) Ces deux observations de notre excellent confrère M. Dufour sont fort intéressantes; les cas de dyspnée qu'elles présentent sont incontestablement de nature nerveuse, mais ne doivent-ils pas être rapportés, surtout le second, à une névralgie diaphragmatique à un faible degré, plutôt qu'à un asthme nerveux? C'est notre opinion, elle est partagée par M. Sandras. Le travail que nous avons publié n'était point un article, mais un chapitre d'un traité complet sur les affections nerveuses, que M. Sandras doit faire prochainement paraître : or, dans son chapitre des névralgies, cet habile observateur rapporte des cas semblables à ceux décrits par M. Dufour, comme exemple de névralgie diaphragmatique. A son summum d'intensité, cette névralgie constitue, suivant M. Sandras, l'angine de poitrine. (*Note du rédacteur.*)

puissant génie, agi plus que tout autre sur les études du monde médical. Mais nous ne croyons pas, malgré les heureuses applications physiques introduites par ce grand homme dans la séméiologie, qu'il ait jamais eu la pensée de comparer ou de réunir la médecine aux sciences *exactes*. Plus difficile qu'elles, à cause de l'élément vital qui la domine, la la science médicale est assez élevée par elle-même pour qu'on ne lui cherche point un autre rang que celui qu'elle occupe parmi les connaissances humaines.

Au milieu des considérations générales et importantes que M. Bouillaud a placées dans ses *prolégomènes*, on trouve ses opinions et ses recherches sur la nomenclature, ce point indispensable de toute nosologie, et dont la plupart des auteurs les plus récents ont cru pouvoir se dispenser. M. Bouillaud ne se dissimule pas les nombreuses difficultés qui se présentent pour établir une classification nosographique. Il s'est proposé pour base de celle qu'il donne la nature des maladies, en accordant à cette expression la plus large acception qu'elle puisse comporter. Il range dans trois grandes familles les nombreuses maladies de l'organisme en général et de chacune de ses parties.

« La première famille se compose des maladies organico-vitales ou chimico-vitales, lesquelles portent essentiellement atteinte à la constitution chimique, ou, comme on le dit, à la *structure interne* des parties. Dans la seconde famille se rangent les maladies purement dynamiques, les névroses proprement dites, ou les lésions des forces vitales, des forces nerveuses elles-mêmes. A la troisième famille, enfin, appartiennent tous les changements survenus dans les conditions purement physiques, statiques, anatomiques, ou, suivant une expression reçue, dans la *structure externe* des parties.

« Chacune de ces trois grandes familles se partage en diverses classes, classes qui comprennent elles-mêmes plusieurs genres, etc. » Ainsi les deux premières familles comprennent les cinq premières classes, et la troisième, sept autres classes de maladies. Pour rendre son cadre plus complet, M. Bouillaud n'a pas cru devoir éloigner les maladies chirurgicales, seulement il en renvoie la description aux ouvrages spéciaux. Ces dispositions générales nous paraissent complétement satisfaisantes. Suivent les tableaux synoptiques qui font connaître d'une manière complète la classification de l'auteur.

M. Bouillaud donne sa première classe sous la dénomination de *fièvres et inflammations* (ou *pyrexies*) ; il décrit successivement l'inflammation de différents tissus et de divers appareils. Cette réunion de l'angio-cardite, du rhumatisme, de la variole, de la rhinite (morve), de la pneumonie, de l'entéro-mésentérite (fièvre typhoïde), de la né–

phrite, etc., cette réunion, disons-nous, de maladies aussi différentes par leur nature, nous a semblé manquer de l'analogie par laquelle on veut les rapprocher. Qu'y a-t-il de commun entre une variole et une pneumonie, par exemple ? la fièvre. Mais, dans la variole, la fièvre précède l'inflammation cutanée, et habituellement même, quand l'éruption est établie, la fièvre cesse ; dans la pneumonie, la fièvre marche dès le début en raison de l'intensité inflammatoire. Une cause spéciale préside au développement de la première ; rien de semblable n'a lieu pour la dernière. On trouve le sang dans un état spécial dans la variole ; dans la pneumonie, le sang présente les caractères communs les plus tranchés des phlegmasies franches. On peut modifier, juguler même la pneumonie par la saignée ; que peut faire la saignée dans la variole? modérer dans quelques cas l'intensité de sa marche. Évidemment ces maladies ne peuvent être confondues dans une même classe, et les pyrexies, quoi qu'on fasse, ne sauraient être réunies aux véritables phlegmasies. Que l'on rejette ou que l'on change l'adjectif *essentiel* ajouté aux anciennes pyrexies, rien ne nous paraît plus rationnel ni plus nécessaire ; mais cette mauvaise dénomination n'est point une raison pour commettre une nouvelle faute en réunissant des maladies qui nous semblent de nature aussi différente que la variole, la morve, la fièvre typhoïde et la pneumonie.

Nous trouvons mal placé le rhumatisme, cet enfant bien-aimé de M. Bouillaud. Nous aurions mieux aimé le voir classé parmi les inflammations de l'appareil locomoteur dont il atteint en même temps les organes passifs, articulations, et les organes actifs, muscles. Mais, classification à part, cette inflammation si bien caractérisée est décrite avec grand soin, et nous sommes tout à fait de l'avis de l'auteur lorsqu'il rattache à cette affection certaines maladies du cœur, dont, avant ses travaux, on recherchait en vain l'origine. Le traitement antiphlogistique est tracé avec soin contre cette maladie, non-seulement comme le meilleur, mais comme le seul proposable. Les lecteurs du *Bulletin* trouveront cependant qu'il n'est pas *exact* de dire : que ni le sulfate de quinine, ni le nitrate de potasse à haute dose, *n'ont jamais réellement guéri un rhumatisme articulaire aigu intense*.

Les deuxième, troisième et une partie du quatrième volume présentent la description des diverses phlegmasies et irritations. Les fièvres intermittentes se trouvent placées parmi les névroses actives du système nerveux ganglionnaire.

« Considérant, dit M. Bouillaud, que la fièvre intermittente consistait dans une sorte d'irritation périodique du système nerveux qui préside aux phénomènes de la circulation..., j'en tirai cette induction, que

la digitale, agent thérapeutique dont la propriété fondamentale est de diminuer l'action du système indiqué, de ralentir les mouvements du cœur et des artères, pourrait bien guérir la fièvre intermittente. » En effet, toute théorie à part, cette substance, employée surtout en poudre, par la méthode endermique, à la dose de trois à quatre décigrammes à la surface d'un vésicatoire appliqué à la région de la rate, a répondu, nombre de fois, d'une manière favorable aux conjectures de l'auteur. Graffenauer et le docteur Cuirard avaient déjà prescrit la digitale à l'intérieur contre les fièvres intermittentes, mais le mode d'emploi de M. Bouillaud enrichit la thérapeutique d'un procédé de plus, qui peut trouver son application particulière. Au reste, le professeur de la Charité, tout en ayant quelquefois recours à la digitale, prescrit le plus souvent le sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes.

La fin du quatrième volume contient la seconde classe de maladies et comprend les affections qui consistent dans un défaut d'excitation vitale : la gangrène, les atrophies, les asthénies, les névroses passives ou paralysies, etc.

On trouve dans le cinquième volume l'histoire des maladies septiques : les typhus, la peste, etc., et des considérations sur la contagion et l'infection. Suivent ensuite les diathèses et les cachexies, puis les altérations de sécrétions désignées sous le nom d'*hétérocrinies*, parmi lesquelles sont placées les modifications morbides de l'urine, de la bile, les pneumatoses. Dans une autre section l'auteur expose l'histoire des *hétérogénies* ou génération d'entozoaires, qu'il distingue en entozoaires proprement dits et en ectozoaires. Les premiers comprennent les entozoaires développés dans l'épaisseur des organes, *vermes viscerales*, et les seconds les entozoaires des voies alimentaires, *vermes intestinales*. Les ectozaires ont leur existence à la surface du corps ; ce sont les *pediculi*, le *pulex* et l'*acarus scabiei*.

Les épanchements des fluides naturels de l'économie hors de leurs réservoirs et de leurs canaux, et particulièrement les épanchements de sang ou hémorrhagies viennent ensuite, et sont suivis des autres affections qui complètent l'ensemble de toutes les maladies de l'économie.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que M. Bouillaud n'a négligé aucun point de son cadre nosographique. Nous ajouterons que la plupart des maladies y sont décrites avec soin et talent. M. Bouillaud a beau dire, en terminant sa préface, que, « désormais, l'âge, les fatigues et les ennuis lui commandent la retraite et qu'il aspire au repos » ; nous espérons tous qu'animé du feu sacré qu'on lui connaît, son intelligence se consacrera encore longtemps à la science et à la production de travaux toujours utiles à ses progrès.

Guide du médecin praticien, ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par M. Valleix, médecin des hôpitaux de Paris. Tome X^e et dernier; Paris, chez J.-B. Baillière.

Le volume que nous avons sous les yeux termine cet ouvrage de longue haleine, dont nous avons suivi avec intérêt la publication. Nous avons eu déjà plusieurs fois à nous prononcer sur la valeur de cette œuvre; d'un autre côté, M. Valleix, étant un de nos collaborateurs les plus assidus, son esprit scientifique est bien connu de nos lecteurs; un compte-rendu du *Guide du médecin praticien* serait par conséquent inutile. Disons seulement que jusqu'au bout cet ouvrage justifie son titre; qu'il a été réellement entrepris en vue des besoins et des difficultés de la pratique, et que le but a été atteint autant qu'il pouvait l'être dans l'état actuel de la science.

Ce qui nous plaît surtout dans le plan suivi par l'auteur, c'est que le médecin trouve avec la plus grande facilité les sujets qu'il peut avoir à consulter, sans que néanmoins l'ordre scientifique soit interverti. Ainsi le dixième volume contient les maladies du système locomoteur, les maladies des organes, des sens, qui ne sont guère, relativement à la pathologie interne, que les maladies de la peau; puis les maladies cutanées fébriles, qui servent de liaison naturelle entre les maladies nettement localisées, et les maladies dans lesquelles les symptômes généraux sont plus ou moins prédominants. Ensuite, les maladies communiquées aux hommes par les animaux, maladies produites par des virus divers; et enfin les intoxications et les empoisonnements. Nous savons que bon nombre d'auteurs ont cru devoir suivre un autre ordre; mais nous ne voyons pas quel avantage ils y ont trouvé. Ce qu'il y a de certain, c'est que celui qu'a adopté M. Valleix a été généralement approuvé. Ce qui a surtout été pour cet ouvrage une très-grande cause de succès, c'est le soin avec lequel l'auteur a présenté et discuté le traitement. Il n'a reculé devant aucun des détails nécessaires, et cependant personne ne s'est plaint de la longueur de ses articles, parce que chacun de ces détails a son utilité pour le praticien, qui se trouve trop souvent arrêté par le vague des indications contenues dans les autres traités de pathologie.

Mais tout ce que nous pourrions ajouter sur ce point, nos lecteurs le connaissent et nous l'avons dit mainte fois. Nous nous contentons donc, pour les motifs indiqués plus haut, de cette simple indication, et nous le faisons avec d'autant moins de scrupule, que nous savons pertinemment que cet ouvrage est entre les mains d'un très-grand nombre de nos lecteurs qui l'ont apprécié depuis longtemps.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AMYGDALES (*Note sur la compression de la carotide comme moyen d'arrêter l'hémorrhagie consécutive à la résection des*). Voici le fait qui a suggéré à M. Gensoul l'emploi de ce moyen hémostatique. Si la compression des carotides offre, dans le plus grand nombre des cas, l'avantage de pouvoir être appliquée avant qu'elle soit devenue indispensable, il n'en était pas de même dans cette circonstance; et, sans l'heureuse inspiration de l'habile chirurgien, une terminaison funeste eût été la suite d'une opération si simple en apparence.

Obs. Il y a environ dix à douze ans que je fus appelé pour réséquer les amygdales à un jeune homme de vingt-deux ans; le volume de cette agglomération de follicules était tel que la respiration était gênée. A l'aide d'une pince à griffes et de ciseaux, l'opération fut faite promptement et sans qu'aucune hémorrhagie eût lieu. Je fis gargariser avec de l'eau froide, et l'eau sortait à peine colorée. Un quart d'heure après, je quittai le malade, ne pouvant supposer la possibilité d'un accident quelconque. Je ne rentrai chez moi que quatre heures après l'opération. On m'avertit alors que ce jeune homme était dans un état alarmant, et que deux de mes confrères étaient auprès de lui, cherchant vainement, par les applications de glace et les gargarismes glacés, à tarir l'écoulement du sang. Je courus en toute hâte chez le malade, et je le trouvai étendu sur le plancher de sa chambre, le col entouré de glace, la figure décolorée, le pouls haletant, précipité, et le sang sortant avec une teinte pâle par la bouche entr'ouverte. Le cas était pressant; la cautérisation était d'un secours douteux, et il fallait bien du temps pour faire rougir les cautères. Je me hâtai de mettre les doigts sur les artères carotides, en appuyant fortement, surtout, sur la carotide gauche, mes confrères m'ayant indiqué que c'était principalement de ce côté que le sang semblait s'écouler. Je ne puis vous peindre en termes assez expressifs le plaisir que je ressentis lorsque je m'aperçus que le sang s'arrêtait; je fis la compression pendant dix minutes environ; mes mains n'avaient plus la force d'agir; j'avais, sans doute, comprimé convulsivement, très-fortement, de manière à suspendre d'une manière absolue le cours du sang dans les carotides. Je confiai à un aide la pression de l'artère du côté où l'hémorrhagie avait paru plus abondante, et, après une compression qui fut maintenue environ encore une demi-heure et d'un côté seulement, je fis suspendre toute pression, sans que l'écoulement du sang ait reparu.

Depuis cette époque, chaque fois que ce chirurgien, après avoir réséqué les amygdales, a vu une hémorrhagie un peu forte se déclarer, il a exercé aussitôt pendant quelques minutes une compression sur une des carotides ou sur les deux à la fois, et toujours le cours du sang a été suspendu d'une manière presque subite. (*Revue méd.-chirurg.*, avril 1848.)

CHAIR DES ANIMAUX *atteints de maladie* (*Sur la vente de la*). En présence de la progression du chiffre de la population et de l'accroissement incessant du paupérisme dans les grands centres industriels, après surtout la fatale épreuve qu'une année de disette a fait subir à une grande partie des populations européennes, toutes les questions qui se rattachent aux premières nécessités de l'existence, celle des subsistances en particulier, devaient naturellement appeler l'attention des hommes d'État et plus particulièrement celle des médecins. Le gouvernement belge a pris à cet égard une initiative qui l'honore; avant que notre gouvernement provisoire eût décrété l'abolition des droits d'octroi sur les viandes, le ministre de l'intérieur de la Belgique avait soumis à l'examen de l'Académie de médecine de ce pays une question dont la solution devrait avoir pour résultat évident de concilier le soulagement de la misère avec les exigences de l'hygiène publique, savoir, si le cheval et les bestiaux atteints de certaines maladies ne pourraient pas contribuer à augmenter les ressources alimentaires des classes pauvres.

Tout le monde sait que d'après les règlements de police en vigueur en Belgique, comme en France et dans une grande partie de l'Europe, les débris de cette catégorie d'animaux sont perdus pour la consommation, ou, ce qui est plus grave, n'y sont versés que d'une manière clandestine et illicite, par conséquent sans aucun contrôle, ni aucune garantie pour la santé publique. Cet état de choses demande évidemment à être revisé. De deux choses l'une, ou la viande de cheval est malsaine et impropre à servir d'aliment à l'homme, et dès lors la vente clandestine des débris du cheval doit être sévèrement interdite et rendue impossible; ou elle peut utilement concourir à l'alimentation, et dans ce cas c'est priver sans motif et sans nécessité les classes pauvres d'une ressource précieuse et d'un élément de bien-être, que de n'en point autoriser publiquement et régulariser la vente. L'Académie de médecine de Belgique, mise en demeure de se prononcer sur cette double question, après mûre délibération et d'après les motifs savamment déduits du rapport de l'un de ses membres, M. Verheyen, n'a pas hésité à se prononcer pour l'usage de la viande de cheval. Mais de nombreuses questions subsidiaires se trouvaient soulevées par la condition exceptionnelle dans laquelle se trouve placé le cheval, par rapport aux autres animaux domestiques destinés à l'abattoir, condition telle qu'on ne pourrait guère s'attendre à trouver dans le commerce de la boucherie que de la chair de chevaux morts d'accidents ou de maladies. Il importait donc de rechercher quelles sont les maladies à la suite desquelles il pouvait être prudent d'interdire l'usage de la viande de cheval, et de formuler les règles de surveillance et de police sanitaire auxquelles devait être soumise la vente de cette viande. La Commission de l'Académie, étendant et généralisant ses recherches à toutes les bêtes de boucherie, a soumis à l'administration les conclusions suivantes qui résument tous les points importants de ces recherches :

1° Le débit de la viande provenant de chevaux sains peut être autorisé sans inconvénients pour la santé publique.

2° Les chevaux et les bêtes de boucherie affectés de maladies inflammatoires au premier degré peuvent être abattus pour la boucherie, pourvu que l'on prenne la précaution de les faire mourir exsangues.

3° Les animaux atteints de cachexie aqueuse et de phthisie avancées, de clavelée, de ladrerie, de rage, de morve et de farcin soit aigus, soit chroniques, de fièvres typhoïdes et charbonneuses, ainsi que les bêtes empoisonnées, doivent être exclus de la consommation. Ceux qui périssent par hémorrhagie, sans lésions organiques, d'apoplexie ou coup de sang, ou par suite d'accidents, ne pourront être livrés à la consommation qu'après la visite préalable et la déclaration écrite d'un médecin vétérinaire.

4° Quant à ce qui concerne la morve et le farcin aigus, les maladies charbonneuses et la clavelée, l'Académie propose le maintien des règlements de police sanitaire actuellement en vigueur.

Ces propositions, qui motiveront sans doute une détermination de la part des autorités belges, mériteraient, ce nous semble, d'être sérieusement examinées par nos corps savants et d'attirer l'attention de l'administration. (*Comptes rendus des séances de l'Académie de Belgique.*)

CHLOROFORME (*Inhalations de*) *dans deux cas de hernie inguinale étranglée; réduction.* Un malade, âgé de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, affecté depuis l'âge de dix-huit ans d'une hernie inguinale du côté gauche, qui, jusque-là, était toujours rentrée avec facilité, fit un jour de vains efforts pour la faire rentrer. Après plusieurs tentatives infructueuses de taxis, qui avaient duré au moins une heure, le malade entra à l'Hôtel-Dieu, où M. Guyton constata une tumeur volumineuse, sans changement de couleur à la peau, rénitente, sonore, très-tendue, douloureuse à la pression : les parois abdominales étaient tendues, très-rigides, fortement appliquées sur les intestins. Après un quart d'heure de nouvelles tentatives infructueuses de réduction, la rigidité des parois abdominales devenant de plus en plus considérable, M. Guyton eut l'idée d'employer le chloroforme. Quelques inspirations jetèrent de suite le malade dans la résolution la plus complète. La paroi abdominale s'amollit; pressant alors sur la tu-

meur, celle-ci se vida en faisant entendre un gargouillement très-fort, et devint immédiatement très-flasque ; l'intestin fut alors refoulé dans le ventre avec une grande facilité. Tout cela exigea moins d'une minute. Le malade se réveilla tout surpris de voir sa hernie rentrée.

Dans le second fait rapporté par M. Guyton, les symptômes d'étranglement étaient beaucoup plus prononcés encore et le danger plus imminent. Des vomissements fréquents, un hoquet continuel, une anxiété extrême, duraient depuis plus de 24 heures lorsque, encouragé par ce premier succès, l'auteur eut recours au chloroforme, après avoir vainement tenté le taxis. Quelques inspirations amenèrent la résolution complète des parois abdominales, dont la rigidité était auparavant extrême. La tumeur, comprimée, s'affaissa aussitôt avec un bruit de gargouillement. La réduction fut extrêmement rapide et complète, sauf une petite portion inférieure de la tumeur, qui était depuis longtemps irréductible, et que l'auteur reconnut pour être un épiplocèle.— Dans ce dernier cas, la hernie datait de douze ans.

Deux résultats importants ressortent de ces deux observations, et méritent à un égal titre de fixer l'attention des praticiens : le premier est l'extrême facilité avec laquelle s'est faite la réduction sous l'influence du chloroforme, après que des tentatives réitérées de taxis avaient complétement échoué, facilité qui révèle dans cet agent un moyen précieux auquel les praticiens ne manqueront pas de recourir avant de faire subir à leurs malades les chances d'une grave opération. Le second fait, qui découle directement du précédent et qui en est comme le corollaire, n'est pas moins important au point de vue pratique ; car il contribue à jeter une vive lumière sur l'origine et le mécanisme de ce genre d'étranglement. En effet, l'action hyposthénisante maintenant bien connue du chloroforme sur la contractilité musculaire, met naturellement hors de doute le rôle de la contraction dans la production des accidents dont il s'agit, et elle tend à faire attribuer aux puissances musculaires de l'abdomen, principalement du moins, ou en grande partie, le rôle que l'on n'avait attribué jusqu'ici, exclusivement, qu'aux tissus fibreux des anneaux et au collet du sac herniaire, dont l'influence ne serait que secondaire. Mais, en admettant que telle ait été la véritable cause de l'étranglement dans les deux observations qui précèdent, et que telle elle soit dans le plus grand nombre des cas, il restera toujours à se demander jusqu'à quel point il conviendra de pousser les tentatives de réduction par le chloroforme, et ce qu'il sera permis d'en attendre. C'est ce que M. Guyton a cherché à déterminer *à priori*, pour quelques-uns des cas, du moins, qu'il est le plus ordinaire de rencontrer dans la pratique. Il est évident que le chloroforme permettra de réduire dans bien des cas où le taxis ordinaire eût échoué ; mais il sera sans effet dans ceux où l'étranglement, déjà ancien, aura causé dans les tuniques de l'intestin des changements tels que leur épaisseur, leur infiltration, etc., ne leur permettront plus de franchir une ouverture qu'elles remplissaient déjà, en grande partie, à l'état sain, quand même on chasserait les gaz. D'un autre côté, on craindra de rentrer plus facilement qu'avec le taxis ordinaire une anse dont les parois altérées amèneraient des accidents à l'intérieur de l'abdomen. On devrait, en pareil cas, s'en rapporter aux règles générales d'indication du taxis. Toujours est-il que, dans les cas où la tumeur ne présenterait pas des signes d'inflammation ou d'altération capables de contre-indiquer la réduction, on devrait tenter la réduction à l'aide du chloroforme. (*Gaz. méd.*, avril 1848.)

ENFANTS (*Moyen facile d'examiner l'arrière-bouche chez les*). L'examen minutieux de l'arrière-bouche, si important dans plusieurs circonstances, s'accompagne presque toujours de grandes difficultés dans le jeune âge, si l'on ne sait s'y prendre convenablement. Le célèbre Gœlis avait pour y parvenir un procédé particulier que nous avons toujours suivi avec succès. Ce procédé consiste à glisser, en jouant avec l'enfant, le petit doigt entre ses mâchoires, jusque sur la base de la langue. Aussitôt, le petit malade fait un mouvement comme pour vomir, pendant lequel le regard plonge profondément dans la gorge, si on a eu soin de prendre une position convenable. Ce procédé, nous avons eu occasion de nous en convaincre,

n'est pas aussi connu qu'il mérite de l'être. (*Ann. de la Société de méd. de la Flandre occid.*, et *Rev. méd.-chir.*, avril 1848.)

FIÈVRE PERNICIEUSE (*Heureuse application du marteau de Mayor pendant un accès de*). Le travail suivant, publié par le docteur Vanoye, montre tout le parti que l'on peut tirer de ce moyen stimulant des plus énergiques pendant les accès de fièvres pernicieuses. « L'extrême gravité de ces fièvres ne vient point de ce que la thérapeutique manque de moyens de les combattre, mais de leur invasion brusque, inattendue, de leur analogie avec des affections d'une nature toute différente, dont une erreur de diagnostic est le plus souvent la suite, et de l'issue funeste qu'alors celle-ci a toujours pour résultat. En effet, quand une fièvre pernicieuse est reconnue, alors qu'il est temps encore de recourir au quinquina ou à l'une ou l'autre de ses préparations, et que le remède est donné convenablement et à dose suffisante, le traitement est, dans l'immense majorité des cas, couronné de succès. Si, au contraire, le médecin n'est appelé ou ne saisit le caractère de la maladie qu'au second ou au troisième accès, la terminaison est ordinairement fatale. Il résulte de là que tout essai de traitement avec de nouveaux remèdes, dans l'intervalle des accès, est non-seulement inutile, mais encore dangereux et souvent meurtrier; tandis qu'on ne peut faire trop d'efforts, ce me semble, pour trouver des moyens énergiques et prompts pour tirer le malade de l'immense danger qui le menace lorsque l'accès a commencé. Ceci doit paraître d'autant plus rationnel et prudent, qu'il n'est donné à personne de dire que l'accès actuel ne sera pas le dernier.

« Tous ceux qui ont assisté quelquefois à l'effrayant spectacle que présente un malade pendant l'accès d'une fièvre pernicieuse ont pu se convaincre de l'efficacité de presque tous les moyens conseillés pour en hâter la fin. Si, comme dans la fièvre continue inflammatoire, bilieuse, nerveuse ou autre, dont la première n'offre, a-t-on soutenu, qu'un tableau à une petite échelle, celle-ci avait une durée assez longue pour permettre au médecin d'attendre l'effet des moyens qu'il emploie, certes, il n'existerait pas de raisons, théoriquement parlant, pour ne pas les mettre en usage avec confiance; malheureusement il n'en est point ainsi, la maladie étant aussi rapide dans sa marche que brusque dans son début. Or, que peut-on attendre de la plupart des remèdes préconisés contre des symptômes pour ainsi dire foudroyants? Au début de ma carrière médicale, j'assistai un jour, avec un collègue, à un de ces accès pernicieux, avec prédominance de symptômes cérébraux; après une saignée copieuse, qui ne fut suivie d'aucun effet, une application de sangsues fut jugée convenable, et, le croirait-on, le malade mourut que les annélides n'avaient pas eu le temps de s'emplir!

« Parmi les moyens qui ont obtenu le plus de résultats pendant les accès d'une fièvre pernicieuse, on doit citer en première ligne ceux qui s'appliquent à la peau et qui ont pour but d'y établir une rapide et énergique révulsion, ou de provoquer la sueur qui, si la mort ne vient pas y mettre un terme, termine ordinairement la scène morbide.

« Appelé, il y a quelque temps, chez un malade *in extremis*, chez lequel les renseignements que je recueillis me permirent de reconnaître le second accès d'une fièvre intermittente soporeuse tierce, qui avait été précédé d'un grand nombre d'accès quotidiens et tierces bénins, je ne trouvai plus qu'à remplir l'indication dont je viens de parler. Devant l'extrême gravité du mal, en face, pour ainsi dire, de la mort, j'hésitais à me servir des moyens ordinaires, tels que sinapismes, frictions, etc., comme étant trop lents à agir, et tout autre moyen d'irritation me faisait défaut. Une idée me vint alors, celle du marteau-Mayor, dont j'avais lu, peu de jours auparavant, l'heureuse application faite par M. Hervieux. Je fis plonger aussitôt cet instrument, qui était de grande dimension, dans je ne sais plus quel liquide qui était sur le foyer, et l'appliquai, en l'en retirant, sur la poitrine du malade, qui semblait ne plus avoir qu'un souffle de vie. Une contraction prononcée des muscles de la face et des avant-bras, ainsi qu'un mouvement de torsion du corps, me dirent suffisamment que l'impression avait été perçue. Une deuxième, puis une troisième appli-

cation furent faites, qui provoquèrent des mouvements plus étendus encore et une légère plainte gutturale. On conçoit que je n'eus garde de discontinuer le moyen ; je promenai mon marteau sur tout le devant du thorax du malade, sur l'épigastre et même sur l'intérieur des cuisses. A chaque application la vie sembla se ranimer ; les yeux qui, jusqu'alors, avaient été fermés, se rouvrirent pendant un instant ; le pouls, qui était petit, accéléré et fuyant sous les doigts, se releva peu à peu ; et le malade enfin fit un mouvement de la main vers les extrémités inférieures sur lesquelles on venait d'appliquer des sinapismes très-chauds. Sous l'influence de ces moyens l'amélioration devint sensible ; et il ne s'écoula pas une heure avant que le malade fût assez bien pour avaler quelques gorgées de boisson chaude, et pour évacuer, involontairement peut-être, les urines. Bientôt après, la peau, de froide qu'elle avait été, devint moite ; la connaissance revint petit à petit, et une sueur générale m'annonça enfin que le danger était, sinon totalement passé, du moins écarté pour le moment. Le lendemain, le malade se trouva bien, à part un très-grand abattement et des tintements d'oreilles causés par de fortes doses de sulfate de quinine qu'il avait prises ; l'accès ne revint plus et la guérison fut rapide. »

Il ne faut point s'exagérer l'importance de l'application du marteau-Mayor, et M. Vanoye lui même cite un second cas dans lequel cette révulsion renouvelée un grand nombre de fois, n'empêcha pas le malade de succomber. Cependant, comme c'est une ressource offerte au médecin placé dans une situation très-pénible, et que tout doit être mis en œuvre par le praticien dans ces cas désespérés, nous avons cru devoir rappeler l'emploi un peu trop négligé d'un moyen stimulant des plus énergiques et que l'on a toujours sous la main. (*Annales de la Société de méd. de la Flandre occident.*, mars 1848.)

HEMOPTYSIE INTERMITTENTE. *Insuccès des antiphlogistiques. — Guérison par le sulfate de quinine.* J. Bonnet, âgé de vingt-trois ans, doué d'une bonne constitution, fut atteint d'une de ces fièvres intermittentes quelquefois si réfractaires à tous les traitements, tant que le malade demeure au milieu des circonstances qui leur ont donné naissance. D'abord sous le type tierce, plus tard sous le type quotidien, cette fièvre a persisté pendant une année avec une grande ténacité. Le sulfate de quinine n'avait qu'un succès momentané, et le retour des accès ne tardait pas à avoir lieu. Admis à l'hôpital de Bordeaux, le 14 juillet, pour des douleurs rhumatismales qui occupaient principalement les articulations des membres supérieurs et inférieurs, une amélioration assez notable se manifestait pour croire à une guérison prochaine, lorsque le 22, à cinq heures du matin, Bonnet est réveillé par un frisson qui se prolonge pendant une heure environ et auquel succède de la chaleur ; en même temps, sans aucun effort, sans douleur préalable, a lieu une hémoptysie abondante. Le liquide expectoré était d'un rouge vermeil, mêlé à des mucosités blanchâtres. A sept heures le crachement de sang avait cessé, et à neuf heures, moment de la visite, le malade était dans le calme le plus grand : il n'y avait ni toux, ni douleurs dans la poitrine, aucune apparence de dyspnée, le pouls ne donnait que 62 pulsations. La percussion, l'auscultation, pratiquées avec grand soin, ne permirent de découvrir aucun vestige de lésion des organes thoraciques. Néanmoins il fut prescrit une saignée du bras, un vésicatoire à la cuisse et des pilules d'acétate de plomb et d'opium.

Le lendemain, à cinq heures, à la suite d'un frisson comme le jour précédent, survient encore une hémoptysie aussi abondante, formée par un sang rouge vermeil. Aucun symptôme n'avait annoncé son invasion. La nuit avait été bonne, le frisson seul avait provoqué le réveil ; le crachement de sang dure deux heures, et le calme reparait. A la visite, on cherche de nouveau, pour constater l'existence d'une lésion quelconque, mais l'auscultation et la percussion ne fournissent rien. Le pouls est à 60 pulsations, la physionomie du malade ne dénote aucune souffrance. (Eau de gomme sucrée avec le sirop de grande consoude, sinapismes aux jambes.)

Le 24, après une nuit excellente, réveil encore le matin par un frisson qui est suivi d'une hémoptysie absolument semblable à celles des jours précédents. Sous le rapport de la quantité, de la nature, de la durée, il y a l'analogie la plus exacte. L'in-

termittence était par trop évidente pour qu'on ne la combattît point. M. Gintrac prescrivit une potion avec 2 grains d'extrait mou de quinquina, 80 centigrammes de sulfate de quinine, et 5 centigrammes d'opium. Le lendemain matin, un frisson eut encore lieu, mais il fut de courte durée; quelques crachats, teints d'une faible quantité de sang, furent expectorés. La potion fut continuée. Les jours suivants, on n'observa aucun retour de l'hémoptysie, la santé du malade qui, d'ailleurs, n'avait point été altérée, se maintint bonne. Le sulfate de quinine fut donné à doses décroissantes, et, le 10 août, Bonnet sortit de l'hôpital, complétement guéri. Cet exemple montre, ainsi que l'observe fort judicieusement M. Gintrac fils, combien il importe, au point de vue de l'indication thérapeutique, de constater cet élément de la maladie; ainsi cette hémoptysie, qui n'avait pas été modifiée par la saignée, les révulsifs, les astringents, cède immédiatement au quinquina et au sulfate de quinine. Il est beaucoup de contrées dans lesquelles, à certaines époques de l'année, le genre intermittent domine la pathologie; ainsi, pendant que M. Gintrac avait sous les yeux ce fait d'hémoptysie, il observait plusieurs céphalées périodiques et une pneumonie dont la marche était également intermittente. Inutile d'ajouter que le sulfate de quinine fut employé avec succès dans ces divers cas. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, mars 1848.)

PARACENTÈSE DU THORAX (*Nouvelle méthode de la*). M. le professeur Schuh, de Vienne, a imaginé un procédé particulier de paracentèse du thorax qui peut, suivant lui, être pratiquée dans quatre circonstances particulières : 1° dans les épanchements pleurétiques diffus ; 2° dans les épanchements pleurétiques circonscrits ; 3° dans l'hydro-thorax ; 4° dans le pneumo-thorax.

Le procédé de M. Schuh, qui se rapproche, jusqu'à un certain point, du procédé de M. Reybard, est destiné à empêcher la pénétration de l'air dans la poitrine, tout en permettant de retirer la plus grande partie du liquide qui y est épanché. Les instruments dont se sert M. Schuh consistent : 1° en un trocart d'une forme particulière ; 2° en une espèce de petite auge, destinée à faire suite à la canule du trocart, 3° en une petite seringue, d'une forme particulière ; et 4° enfin en une bougie de gomme élastique, qui s'adapte exactement à la canule. Le trocart est pourvu d'une canule de la même longueur, à peu près, que celle qui sert à l'opération de l'hydrocèle, seulement un peu plus large, de même dimension dans toute sa longueur, et offrant près de son extrémité antérieure deux petits trous ovales, par lesquels le liquide peut s'écouler, si par hasard l'ouverture vient à s'engorger. Près de son ouverture postérieure, la canule présente supérieurement un robinet, qui se ferme et s'ouvre avec une grande facilité ; et à sa partie inférieure, presque au niveau de ce robinet se trouve une petite plaque métallique, longue de quatre à cinq pouces, et recouverte d'un morceau de bois découpé, faisant office de manche. La petite auge fait suite à l'extrémité postérieure de la canule, au moyen d'un petit cylindre, qui pénètre dans l'intérieur de celle-ci. Elle présente, sur un de ses côtés, une ouverture de sortie, et se prolonge sous forme d'un cylindre d'un demi pouce de long. Cette ouverture est plus élevée que l'ouverture de la canule, de sorte que le liquide qui remplit la cavité de l'auge couvre constamment l'ouverture de sortie, et empêche l'introduction de l'air. Pour éviter que dans un violent accès de toux l'air ne pénètre par l'ouverture de la canule, à cette ouverture est adaptée une valvule en gomme élastique, qui s'ouvre de dedans en dehors et qui est maintenue par une petite plaque articulée. L'ouverture de sortie de la petite auge doit être plus large que l'ouverture d'entrée, pour éviter que le liquide ne passe par-dessus les bords. La petite seringue doit s'adapter sur l'extrémité de la canule et présenter à deux ou deux pouces et demi de son extrémité une ouverture latérale avec un robinet. Quant à la canule de gomme élastique, elle doit s'adapter parfaitement à l'ouverture de la canule. Ces deux derniers instruments servent à déboucher la canule, quand par hasard elle est engorgée. Le trocart est plongé dans la poitrine, comme dans l'opération ordinaire de l'empyème. Avant de retirer la tige perforante, on ferme le robinet, puis on adapte la petite auge à la canule et l'on ouvre le robinet. Le liquide coule d'abord par un jet continu et presque uniforme; puis le jet s'in-

terrompt de temps en temps pour couler surtout pendant l'expiration. La quantité de liquide à retirer est déterminée par la distension du thorax, le déplacement des organes, la durée de la maladie, la liberté plus ou moins grande des poumons, et enfin le résultat que l'on cherche à obtenir. Lorsque l'on cherche la guérison radicale, et qu'il s'agit d'un épanchement de formation récente, le professeur Schuh laisse sortir autant de liquide que la nature le comporte, et jusqu'à ce que le malade éprouve une sensation de pression désagréable à la poitrine. Il accorde également une grande valeur aux résultats de la percussion : ainsi, lorsqu'on obtient un son clair dans les points où il existait auparavant de la matité, celui-ci est un signe que le poumon a commencé à se laisser distendre par l'air, et qu'il ne faut pas pousser plus loin l'évacuation du liquide. Si, au contraire, l'épanchement est ancien, si le liquide est trouble et fétide, s'il contient des gaz, si le poumon du côté opposé n'est pas sain, le professeur conseille d'enlever peu de liquide à la fois. Pendant les accès de toux qui surviennent durant l'opération, il convient ou d'extraire la canule, ou de cesser l'extraction du liquide, afin d'éviter que l'air ne pénètre sur les côtés de la canule. La canule doit être retirée avec le robinet fermé; la petite ouverture est lavée avec soin, et couverte immédiatement d'un petit carré de diachylon.

Le traitement adopté après l'opération est très-simple : le malade doit garder le repos le plus absolu, le silence le plus complet, la diète la plus rigoureuse, pendant plusieurs jours. Il faut savoir que, même dans les cas où l'on obtient une guérison radicale, on voit, dans les premiers jours qui suivent l'opération, l'épanchement augmenter, puis reprendre une marche rétrograde. L'augmentation rapide de l'épanchement annonce une terminaison fatale; les ponctions successives sont rarement suivies de succès dans ce cas. Si l'épanchement est purulent, auquel cas on n'eût pas dû pratiquer la ponction, la conduite à tenir est différente : l'ouverture extérieure doit être laissée libre, afin de pouvoir pratiquer dans la poitrine des injections émollientes et détersives. (*Annali universali di medicina*, et *Union médicale*, avril 1848.)

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL (*Diagnostic différentiel du*) *et de l'apoplexie*. Personne n'ignore combien, malgré les nombreux et importants travaux dont les maladies du cerveau ont été l'objet dans ces derniers temps, il se présente encore de difficultés lorsqu'il s'agit d'établir une distinction séméiologique entre le ramollissement cérébral et l'apoplexie. L'ensemble des symptômes précurseurs et des circonstances commémoratives a paru à plusieurs auteurs suffisant pour fournir, dans le plus grand nombre des cas, des caractères distinctifs assez tranchés et permettre d'établir un diagnostic différentiel. Mais, outre que ces caractères, empruntés aux prodromes et à la marche des accidents, sont loin d'être constants et d'avoir une valeur pathognomonique, il arrive souvent que le praticien, placé en présence d'un malade frappé de paralysie, se trouve dans l'impossibilité de recueillir aucune lumière des antécédents et des phénomènes d'invasion. Il importe donc surtout de chercher à se fixer sur la valeur séméiologique possible des symptômes actuels. M. Récamier a cru pouvoir, après un examen attentif, poser les caractères distinctifs suivants :

1° Pour l'apoplexie : contracture des membres paralysés, diminution de la sensibilité des parties paralysées, altération de l'intelligence.

2° Pour le ramollissement : résolution complète des membres paralysés, conservation ou augmentation de la sensibilité, conservation de l'intelligence.

Le fait suivant, récemment recueilli dans le service de M. Legroux, à l'hôpital Beaujon, vient confirmer la justesse de cette distinction.

Obs. Une femme de soixante ans entre à l'hôpital Beaujon, le 18 janvier dernier, présentant un état fébrile, avec de la courbature générale et de la céphalalgie. Une saignée générale, des bains généraux, un régime antiphlogistique modéré, apportèrent de l'amélioration. La convalescence semblait s'établir, la fièvre avait cessé, quand survint une hémiplégie du côté gauche; cette hémiplégie, complète lors la visite du matin, avait commencé à se manifester pendant la nuit, de sorte que l'on ne pouvait savoir si elle était survenue soudainement ou d'une manière progressive. Il n'y

avait point de contracture dans les membres paralysés; la malade y ressentait des *fourmillements*. Cependant la sensibilité tactile paraissait un peu émoussée. Intelligence conservée, parole libre, face rouge, injection des conjonctives, réaction fébrile.

Sans recourir aux phénomènes précurseurs, peu probants dans cette circonstance, et se fondant seulement sur les symptômes constatés, M. Legroux regarda comme très-probable l'existence d'un ramollissement cérébral.

Les jours suivants, douleurs vives dans les membres paralysés, dont l'état de résolution persistait. — Le traitement antiphlogistique calma un peu les phénomènes fébriles, sans rien changer à la paralysie. Progressivement, la malade s'affaissa. Le 1er avril, céphalalgie avec perte de connaissance. Mort le 2, à 10 heures du soir, quinze jours environ après l'attaque.

A l'autopsie, faite 36 heures après la mort, on trouva une forte congestion des méninges et de la substance du cerveau. Dans le lobe postérieur droit, en arrière et en dehors de la couche optique, existait un foyer de ramollissement, bien circonscrit, du volume d'un petit œuf de poule environ, d'aspect gélatineux sous l'arachnoïde, et comme crémeux et purulent dans sa profondeur. Pas d'autre altération appréciable.

M. Legroux ajoute qu'il a eu plusieurs fois l'occasion de constater la valeur des prévisions qu'il avait fondées sur la loi formulée par M. Récamier, loi dont la théorie très-simple est celle-ci :

Dans l'apoplexie, la compression du cerveau explique la stupeur, le trouble intellectuel, la diminution de la sensibilité. L'irritation qui résulte de la déchirure de la substance nerveuse et de la présence du caillot, rend compte de la contracture du membre paralysé.

Dans le ramollissement, la destruction de la pulpe nerveuse explique la paralysie avec résolution du membre; l'inflammation périphérique, l'augmentation de la sensibilité, le défaut de compression du cerveau, la persistance de l'intelligence et de la faculté de sentir. (Il ne s'agit ici, évidemment, que des hémiplégies spontanées, les seules qui puissent donner lieu à la confusion, et non des hémiplégies graduelles, toujours précédées d'un trouble plus ou moins notable des facultés intellectuelles. (*Union médicale*, avril 1848.)

TUMEUR DE L'AINE (*Observation de*) *ayant donné issue à un ver lombric*. Les faits du genre de celui que nous allons rapporter ne sont pas très-rares, cependant chaque observation nouvelle soulève une question qui a été résolue d'une manière très-diverse, à savoir, si les lombrics sont susceptibles de produire la perforation du canal intestinal. Nous l'avons déjà dit avec la plupart des helminthologistes, la forme de la bouche du lombric est mal disposée pour trancher des tissus sains; cependant lorsque ces tissus sont ramollis, ils peuvent alors, sous les efforts du ver, se laisser déchirer et lui donner passage. Le cas suivant en est un nouvel exemple. Un homme âgé de trente-sept ans vit apparaître, après huit jours de colique, de vomissements et de diarrhée, une petite tumeur à la partie supérieure de l'aine droite. Treize jours après le début de la maladie, cette tumeur avait la forme et le volume d'un œuf de pigeon. Elle était située à la partie supérieure du pli de l'aine droite, et au côté externe du cordon spermatique; elle avait une couleur rouge lie de vin; elle était molle, dépressible, fluctuante, peu douloureuse au centre, mais d'une grande sensibilité à sa circonférence, environnée d'un cercle rouge très-enflammé. M. Mangenost diagnostiqua un abcès et l'ouvrit avec une lancette : il s'en écoula un pus gris sale et fétide. Un ver lombric, de 20 centimètres de longueur, s'agitait au milieu de ce pus. La plaie produite par cet abcès ne fut cicatrisée que deux mois après l'ouverture. Une sérosité rougeâtre s'écoula pendant tout ce temps par la partie supérieure de la plaie, où existait un trajet fistuleux, dans la direction de l'anneau inguinal. Des douleurs abdominales, semblables à celles d'une péritonite chronique, persistèrent jusqu'au moment de la cicatrisation, après quoi la santé se rétablit complètement. (*Rapport sur les travaux de la Société de médecine de Moulins*, *Arch. gén. de méd.*, avril 1848.)

VARIÉTÉS.

Le pays entier s'est prononcé, puisque c'est le suffrage universel qui a été appelé à désigner les représentants à l'Assemblée nationale. Ainsi que nous l'avions préjugé, un grand nombre de médecins se trouvent parmi les élus ; mais ce qui prouve mieux que ce que nous pourrions dire, le rôle élevé destiné à nos confrères, c'est que les deux candidats à la présidence, MM. Buchez et Trélat, appartiennent à la corporation médicale, et que le premier vice-président, M. Recurt, est également un de nos confrères. Pour montrer que ces grands citoyens étaient dignes du suffrage de l'Assemblée, le Comité du pouvoir exécutif vient de nommer M. Recurt ministre de l'intérieur, et M. Trélat ministre des travaux publics. On arrive donc enfin à reconnaître que les études sérieuses et les méditations graves des médecins ne les rend pas aptes seulement à soigner des malades, mais qu'ils peuvent être encore de bons organisateurs, d'utiles administrateurs.

Tous les esprits élevés tendent aujourd'hui à poser les bases du progrès social. Le discours que l'honorable M. Royer-Collard vient de prononcer, lors de l'ouverture de son cours d'hygiène à la Faculté, se fait remarquer par des pensées de cet ordre trop bien exprimées pour que nous ne le reproduisions pas.

Nous vivons dans un temps où chacun doit s'efforcer de remplir son devoir, au risque même de sa vie. Chacun de nous, quelle que soit sa position, quelle que soit d'ailleurs son opinion, se doit d'abord à son pays, et est tenu d'apporter à cette œuvre de régénération, que la France vient d'entreprendre, sa juste part de collaboration et de dévouement.

Tel est, messieurs, la pensée qui m'amène au milieu de vous.

Le triste état de ma santé me permettra-t-il de continuer l'enseignement que je commence? Je crains bien que cette tâche ne soit au-dessus de mes forces. Je l'essayerai cependant; je ferai acte du moins de bonne volonté et de courage Quand je devrais m'arrêter, ce qu'à Dieu ne plaise! dès la fin même de cette première leçon, eh bien! messieurs, je ne croirais pas encore avoir tenté un effort complétement inutile, si je parvenais à vous faire comprendre quelle est, dans les circonstances présentes, l'importance d'une science qui occupe ordinairement une si petite place, et qui devrait surtout aujourd'hui en occuper une si grande dans nos études.

J'ai besoin, messieurs, de m'expliquer ici nettement et franchement.

La Révolution qui vient de s'accomplir n'est point seulement une révolution politique, c'est encore une révolution dans l'ordre de la société, et par là, elle est la continuation légitime, je dirai même inévitable, de cette grande Révolution française qui nous a tirés tous de la glèbe et de la corvée, qui nous a faits ce que nous sommes, et pour laquelle nos pères ont si glorieusement versé leur sang sur les champs de bataille et sur les échafauds. Il ne s'agit plus maintenant pour la France de savoir dans quelles mains elle devra tomber, si elle sera gouvernée par des rois, des directeurs ou des consuls. Ce n'est là, jusqu'à un certain point, qu'une question secondaire : l'organisation politique du gouvernement n'est que la forme extérieure, que la draperie de l'organisation sociale. Celle-ci est le fond du problème, la question essentielle et principale.

Il faudrait fermer les yeux à l'évidence pour n'être pas frappé de cette vérité. Le but sérieux de notre Révolution, c'est de décider, non plus comme on l'a toujours fait jusqu'ici, par des théories et des livres, mais par l'expérience, ce que doit être, ce que peut être désormais, dans l'ordre de la société, cette classe ouvrière qui en est la partie la plus nombreuse et la plus active, cette classe si longtemps déshéritée de tous les droits de l'humanité, et qui vient de se révéler tout à coup à nous avec des lumières et une instruction que nous ne lui connaissions pas, avec une remarquable intelligence de l'ordre, de la discipline et de la justice, qui, dans ces jours de péril, ont fait notre salut, et sont encore aujourd'hui notre plus sûre espérance. Je le répète, messieurs, car il ne faut pas s'y tromper, notre Révo-

lution, c'est l'avènement de cette classe à des destinées meilleures et son introduction dans les affaires publiques. De même que le règne de l'aristocratie a fini en 1789, de même le règne exclusif de la bourgeoisie a fini en 1848. La bourgeoisie n'a pas été vaincue, car elle n'a pas voulu combattre ; elle n'a pas été maltraitée, grâce au Ciel, et elle ne le sera pas, le bon sens public s'y oppose ; mais elle a abdiqué, elle a rendu ses armes, et sa suprématie a disparu dans la tempête. Le peuple alors est venu s'asseoir à ses côtés, et se fondre pour ainsi dire avec elle.

Tel est maintenant l'état des choses.

Ici, messieurs, s'élève une difficulté grave et qui effraye beaucoup d'esprits : c'est le point où j'en veux venir.

Quelles garanties, dira-t-on, pouvons-nous avoir pour l'avenir ? N'existera-t-il pas toujours des inférieurs, et par conséquent toujours une révolution suspendue sur nos têtes ? La France est-elle donc destinée à rouler éternellement de catastrophe en catastrophe, de bouleversement en bouleversement ?

Voici ma réponse.

Oui, la France est menacée de calamités sans fin, si nous commettons les mêmes fautes qui ont été commises jusqu'à ce jour ; si, uniquement occupés de nous-mêmes, nous ne portons point un regard attentif sur les classes malheureuses de la société ; si nous les laissons languir dans la misère, les privations de tout genre, les maladies, et, ce qui est pis encore, dans l'ignorance et l'abrutissement moral, source de tous les maux et de tous les crimes. Mais si, instruits par le passé et prévoyants de l'avenir, vous vous appliquez à faire tourner au profit de l'humanité les connaissances que vous donne une éducation privilégiée ; si, témoins journaliers, comme vous êtes, des souffrances du pauvre, dans ces rues infectes qu'il habite, dans ces greniers où la faim et le froid le consument, dans ces ateliers où il respire un air vicié, dans ces hôpitaux où des maladies locales s'ajoutent à celles qu'il y a apportées ; si, dis-je, témoins de tous ces maux, vous voulez en étudier soigneusement les causes, indiquer les remèdes que la science conseille, et signaler énergiquement à l'administration les vices de nos lois et les conséquences funestes qui en résultent ; si enfin, non contents d'améliorer la santé du peuple et les conditions matérielles de son existence, vous cherchez aussi à l'éclairer, à le civiliser, à lui inculquer des sentiments honnêtes et des habitudes de moralité, alors, n'en doutez pas, vous verrez bientôt ces esclaves terribles de passions grossières dépouiller peu à peu toute rudesse, mûrir progressivement pour la liberté, et, au jour indiqué, entrer paisiblement en possession des biens sociaux que la Providence destine également à tous les hommes.

Je vous le demande maintenant, messieurs, n'êtes-vous pas frappés des avantages immenses que vous donne votre position toute spéciale pour servir ainsi de médiateurs entre le présent et l'avenir ? La profession médicale nous met en rapport avec toutes les classes de la société, et les études par lesquelles vous vous préparez à cette grande mission vous ont appris ce fait important, que le bien-être des hommes sur la terre dépend en grande partie de la direction qu'ils impriment à l'exercice de leurs facultés physiques et morales. De toutes les parties de la médecine, celle qui contribue le plus à vous donner ces lumières, et par conséquent à vous donner cette puissance d'action, que j'appellerai civilisatrice, quelle est-elle ? Je n'hésite point à le dire, c'est l'hygiène, c'est-à-dire la science qui enseigne l'art de vivre aux individus comme aux sociétés.

Je suis chargé de professer ici l'hygiène. Vous voyez donc quelle est, comme je vous le disais plus haut, l'importance de cette étude dans les circonstances où nous sommes. . . . .

Les facultés spéciales qui appartiennent à l'homme, et qui jouent un si grand rôle dans son existence, établissent nécessairement entre lui et ses semblables un double commerce d'affection et d'intelligence ; de là les différentes collections d'hommes, la famille, la maison, l'atelier, la ville, la nation, les institutions, enfin, dont celle-ci se compose, et qui, sous le point de vue qui nous occupe, peuvent être rapportées à trois chefs principaux : institutions industrielles, politiques et religieuses. Toute réunion ou collection d'individus forme un corps, une sorte d'unité vivante, laquelle a son hygiène, comme chaque individu a la sienne. C'est là ce qu'on est convenu de nommer l'*hygiène publique*.

Dans l'histoire hygiénique des institutions industrielles viennent se ranger naturellement toutes les professions. L'hygiène s'occupe des professions sous un double rapport : 1° elle recherche quelle influence peut exercer sur la santé de ceux qui s'y livrent, leur mode d'existence tout artificiel, l'atmosphère dans laquelle ils vivent, le contact des divers objets, l'ordre, la mesure, le choix de

leur alimentation, les exercices auxquels ils sont astreints, la durée de leur travail, le repos auquel ils se condamnent, etc.; elle étudie les résultats que peuvent avoir pour la santé publique le développement même de leur industrie, les gaz, les poussières, les eaux qui proviennent de telle ou telle fabrique, les matériaux ou préparations qui en sortent, et qui servent à la consommation générale. Dans toutes ces questions, l'hygiène publique n'est véritablement qu'une extension et une application, qu'une face particulière de l'hygiène privée. Une pratique quelconque est-elle inventée dans une industrie, les conditions hygiéniques changent aussitôt. Et combien ces changements ne sont-ils pas fréquents de nos jours, au milieu de ce mouvement rapide de toutes les industries, à peine nées d'hier, et déjà renouvelant la face du monde, grâce à l'intervention des sciences physiques et chimiques dans leurs procédés! On a trouvé, par exemple, le moyen de dorer les métaux sans mercure, à l'aide de la galvanoplastie, et dès lors ont disparu, parmi les doreurs, les maladies qui résultaient pour eux de l'intoxication mercurielle. Presque tous les métaux usuels ou leurs alliages contiennent une certaine proportion d'arsenic; le platine, entre autres, ne pouvait être extrait ou fabriqué qu'à la condition de le séparer de ses combinaisons avec l'arsenic et le phosphore, qui, en se volatilisant, agissaient d'une manière funeste sur la santé des ouvriers. M. Wollaston, en substituant à ce procédé désastreux le traitement par la voie humide, a mis un terme à ces graves dangers. Dans les fabriques à aiguilles, la poussière d'acier qui se détache par le rémoulage s'introduisait dans les voies respiratoires, et produisait chez les rémouleurs une espèce particulière de phthisie pulmonaire. A peine quelques-uns d'entre eux atteignaient l'âge de quarante ans. On a recouvert leur figure avec des masques de fil d'acier magnétisé, et l'air, tamisé à travers ce treillage, s'est trouvé ainsi dépouillé des molécules pernicieuses. Combien d'autres faits semblables pourraient être cités, qui attesteraient la plus haute importance, ou plutôt l'indispensable nécessité des études hygiéniques, relativement à l'exercice des diverses professions industrielles!

Une autre division de l'hygiène publique se rapporte aux institutions politiques. D'une part, tout ce qui tient au gouvernement des nations; de l'autre, l'administration dans tous ses détails.

Comparez entre elles les diverses formes de gouvernement : monarchie absolue ou tempérée par des lois fondamentales, aristocratie, démocratie, servage, esclavage; quelle différence dans la condition des hommes! Combien la santé publique en est modifiée! Il suffit, pour s'en convaincre, de consulter les tables de mortalité de notre pays, et de voir quels changements elles ont subis depuis 1789.

Avant la Révolution, le nombre des décès était de 1 sur 30; il est aujourd'hui de 1 sur 45. La vie probable, à Paris, est de 26 ans, et la vie moyenne d'environ 34. Assurément une foule de causes ont contribué simultanément à produire un tel résultat; mais ces causes elles-mêmes, on n'en peut douter, sont intimement liées à ce renouvellement universel qui a fait descendre jusque dans les profondeurs de la société les lumières et les bienfaits de la civilisation.

Dans l'ordre administratif, les sujets de discussion et de recherche s'offrent aussi pour nous presque à l'infini. La police générale des villes, c'est-à-dire les soins de propreté, d'éclairage, la surveillance des halles et marchés, la vente des comestibles, les falsifications et sophistications des aliments et des boissons, les inhumations; la construction des rues, des places, des habitations, des égouts, des canaux; les établissements publics, les prisons, les hôpitaux, les hospices, les salles d'asile, les maisons d'aliénés, les secours de la charité, les dépôts de mendicité, la prostitution; les institutions d'éducation publique, les écoles de sourds-muets, d'aveugles, etc. : tout cela est du ressort de l'hygiène publique. C'est elle qui prévient les épidémies ou réprime leur progrès, au moyen des diverses mesures dont se compose la police sanitaire; c'est elle encore qui organise partout le service des vaccinations gratuites, et s'oppose ainsi au développement d'une affection terrible qui moissonnait les populations. Que de services ne rend-elle point partout à l'humanité! Et cependant il lui reste tant à faire!

Reste enfin la dernière section de l'hygiène publique, celle qui s'occupe particulièrement des institutions religieuses et de leurs rapports avec la santé des hommes. Il est facile de concevoir comment l'idée religieuse, cette idée si puissante, qui saisit l'homme à son berceau, qui se mêle à sa vie entière et le suit jusqu'au tombeau, exerce par cela même un si grand empire sur son physique comme sur son moral. De même, les institutions religieuses pour les collections d'individus. Je pourrais ici accumuler les exemples; il me suffira de vous rappe-

ler quelle a été l'influence religieuse du christianisme sur les sociétés humaines. Il faudrait fermer les yeux à l'évidence pour ne pas reconnaître que c'est la religion chrétienne qui, la première, a aboli l'esclavage, relevé l'humanité dégradée, constitué véritablement la famille, couvert le monde entier d'établissements charitables, et fondé partout, en fait comme en doctrine, ce que la politique n'a jamais fondé qu'en paroles, c'est-à-dire la liberté, l'égalité et la fraternité parmi les hommes. A côté de ces bienfaits, l'hygiène étudie encore les abus qu'a mêlés aux religions l'esprit humain, avec ses passions intéressées ou ses exagérations souvent dangereuses. A l'influence religieuse se rattache l'histoire hygiénique du mariage et du célibat, de la vie monastique, des jeûnes et macérations que l'homme s'est imposés dans des vues toutes spirituelles. Cette influence, enfin, des institutions religieuses se reflète dans toutes les autres institutions sociales, et s'ajoute, comme cause hygiénique, à toutes celles que nous avons déjà indiquées.

Je terminerai en vous proposant une dernière application de l'hygiène, bien digne assurément des méditations des hommes sérieux et éclairés, et qui doit aussi rentrer, jusqu'à un certain point, dans nos études.

De même que chaque collection d'individus peut être considérée comme formant un corps et ayant par conséquent son hygiène spéciale, de même l'humanité tout entière, envisagée dans son ensemble, représente aussi, en quelque sorte, un seul et même homme, qui vit, croît, avance toujours, et parcourt lentement et successivement, dans la série des siècles, les différentes phases d'un développement continuel et progressif. Cette idée, expliquée surtout, vers la fin du dernier siècle, par Herder, et commentée de nos jours par plusieurs écrivains, n'est cependant pas nouvelle. Voici ce que dit Pascal : « Non-seulement chacun des hommes s'avance de jour en jour dans les sciences, mais tous les hommes ensemble y font un continuel progrès, à mesure que l'univers vieillit, parce que la même chose arrive dans la succession des hommes que dans les âges différents d'un particulier; de sorte que toute la suite des hommes, dans le cours de tant de siècles, doit être considérée comme un même homme qui subsiste toujours et qui apprend continuellement. » L'humanité, c'est-à-dire l'espèce humaine, le genre humain a donc, comme chaque homme en particulier, ses âges divers, ses besoins divers, ses conditions d'existence diverses. Elle passe graduellement de la vie sauvage, nomade, pastorale, à la vie commune et réglée des sociétés anciennes et modernes. Dans chacun de ces états, son hygiène varie d'une manière notable. Partie d'abord d'un point central, l'espèce humaine se répand, comme les fleuves des montagnes, dans toutes les parties du globe, s'emparant peu à peu des trois règnes de la nature, changeant partout la face de la terre, et changeant ainsi en même temps son genre de vie.

Que vous dirai-je de plus aujourd'hui, messieurs? Vous devez comprendre suffisamment qu'il me sera facile, en parcourant la route que je me suis tracée pour cette année, de suivre fidèlement l'idée fondamentale que je vous ai exposée au début de ma leçon. Cette idée, je la crois en ce moment la seule sage et raisonnable. J'ajoute qu'elle est l'expression de mon opinion la plus sincère, d'une opinion qui m'a été transmise pour ainsi dire avec le sang, et dans laquelle j'ai été nourri et élevé depuis mon enfance. Ce n'est pas d'aujourd'hui que mon nom représente et signifie le respect du droit, l'amour pur et désintéressé de la liberté. Il y a déjà vingt-sept ans, un ministre éloquent déplorait amèrement à la tribune les progrès toujours croissants de la démocratie. « Elle envahit tout, s'écriait-il avec douleur; elle coule partout à pleins bords. » Un député dont l'opinion était alors celle de toute la France répondit à M. de Serre : « Oui, la démocratie coule à pleins bords dans cette France, plus que jamais favorisée du Ciel. Que d'autres s'en courroucent ou s'en affligent; pour moi, je bénis la Providence de ce qu'elle a daigné appeler au bienfait de la civilisation un plus grand nombre de ses créatures. »

Ces belles paroles, messieurs, doivent être aujourd'hui notre devise. Ne croyez pas, je vous en supplie, que je vienne faire ici un étalage menteur de républicanisme. Non, je ne suis pas de ceux qui ont accueilli avec joie les changements qui viennent de s'accomplir dans notre pays. Trop de malheurs les ont accompagnés, trop d'inquiétudes, trop de bouleversements, inséparables peut-être d'une révolution si imprévue, les ont suivis et les suivent encore, pour qu'un cœur vraiment patriote n'en soit pas douloureusement affecté. Cependant, au milieu de tous ces malheurs, il faut s'attacher encore à ce qui console. J'essaye de fermer les yeux sur le mal pour ne considérer que le bien. Je vois le mouvement progressif de la société : je vois se relever en quelque sorte de sa ruine la nature

humaine abaissée et dégradée par l'inégalité des conditions sociales ; je vois enfin triompher la cause de la philosophie et celle de la révolution, pour laquelle nous avons toujours combattu et dont nous serons invariablement les défenseurs, parce qu'elle est, après tout, la cause de l'humanité. Je me dis alors, moi aussi, qu'il faut bénir la Providence de ce qu'elle a daigné élever au bienfait de la civilisation un plus grand nombre de ses créatures.

Il me semble impossible, messieurs, que vous ne partagiez point ces sentiments ; aussi je me plais à m'appuyer ici sur vous, et j'ose espérer que vous voudrez bien me permettre de compter sur votre bienveillance.

Le président de la Commission d'enquête sur la durée du travail dans les lycées et autres établissements d'instruction publique, vient d'adresser aux proviseurs des lycées une série de questions, parmi lesquelles un grand nombre ne pourront être résolues que par les médecins de ces établissements. Si, comme nous n'en doutons pas, tous répondent à cet appel, ils pourront fournir les éléments nécessaires pour la solution des problèmes importants que cette Commission est appelée à résondre.

Ce n'est que par des essais nombreux et répétés sur diverses substances éthérées que le professeur Simpson d'Édimbourg a été conduit à proposer l'emploi exclusif du *chloroforme* comme agent anesthésique. Nous croyons devoir indiquer les effets produits par l'inhalation de plusieurs de ces substances, car chaque jour on nous signale comme nouvelles des expériences qui déjà ont été tentées par l'habile chirurgien écossais. La première substance que M. Simpson ait expérimentée, est le *chlorure d'hydro-carbone*. Mais son inhalation occasionne une si violente irritation des bronches, que bien peu de personnes ont pu le respirer assez longtemps pour arriver à l'anesthésie. Puis le *nitrate d'éthyle*, ou mieux le *nitrate d'oxyde d'éthyle*, qui a donné lieu à des sensations désagréables de plénitude et de bruit dans la tête, même après le réveil. La *benzine* ou *benzole* a fourni à M. Simpson des résultats moins satisfaisants que la substance précédente, la constriction céphalique que provoque son inhalation est encore plus intense. Ce chirurgien a encore essayé l'*aldéhyde* ou *hydrate d'oxyde d'acétyle*, récemment proposé par M. Poggiale, pharmacien au Val-de-Grâce, comme possédant une action stupéfiante plus prompte et plus énergique que l'éther et le chloroforme. Entre les mains de M. Simpson, cette substance a été loin de répondre à l'attente de ce chirurgien ; son inhalation détermine une gêne très-grande de la respiration et provoque une toux très-fatigante. Sur cinq expériences, M. Simpson n'a réussi que dans une seule à produire l'anesthésie. Enfin le *bi-sulfure de carbone* qu'un journal de Norvége, *le Morgenblad*, dit avoir été employé avec le plus grand succès à Christiania, a été également expérimenté par l'habile chirurgien d'Édimbourg. M. Simpson a essayé sur lui-même les vapeurs de bi sulfure de carbone ; et, après l'avoir employé chez vingt autres personnes, il lui a reconnu des propriétés anesthésiques très-puissantes. Une ou deux personnes en ont trouvé l'usage plus agréable que celui du chloroforme, malgré son odeur de chou pourri assez prononcée ; mais, chez la plupart, il a provoqué des visions désagréables, une céphalalgie violente et des étourdissements après la période anesthésique, lors même qu'on en avait fait usage à petites doses. Dans une amputation du sein, pratiquée par M. Miller, l'effet anesthésique fut prompt, mais difficile à régler pendant l'opération ; et, dans les derniers

instants, il y eut de l'agitation. Cependant la malade, qui avait tenu les yeux ouverts pendant toute l'opération, n'avait rien senti. Elle conserva toutefois une céphalalgie des plus rebelles, des nausées, de la fréquence du pouls, sans frisson ou autre symptôme fébrile, pendant 50 ou 60 heures. M. Simpson l'a également employé dans un accouchement; la femme fut soumise à l'inhalation pendant trois quarts d'heure, mais avec des intervalles. Après quelques inspirations, elle tomba dans l'insensibilité, mais dans un état bien différent de celui que produit le chloroforme : ainsi les contractions utérines étaient toujours suspendues ou du moins diminuées, et l'anesthésie ne durait qu'une ou deux minutes. La malade avait eu des nausées et plusieurs vomissements; enfin, la respiration et le pouls avaient pris une fréquence extrême, lorsque M. Simpson résolut d'employer le chloroforme. Aussitôt la malade tomba dans un sommeil tranquille, qui dura vingt minutes, et pendant lequel l'accouchement se termina heureusement. La mère et l'enfant n'ont point souffert.

En résumé, aucun de ces cinq agents anesthésiques, on le voit, ne mérite d'être comparé au chloroforme ou à l'éther sulfurique, et leur emploi est suivi d'accidents trop fréquents et trop graves, pour qu'on puisse songer à les admettre dans la pratique. Bien que ces recherches présentent plus d'intérêt au point de vue physiologique qu'au point de vue thérapeutique, nous avons cru qu'il n'était point sans intérêt de les signaler, ne fût-ce que pour épargner à quelques confrères laborieux des tentatives inutiles, puisqu'elles peuvent les conduire seulement à des résultats connus et peu efficaces.

Nous avons, dans notre dernier numéro, appelé l'attention sur les propriétés désinfectantes du café, signalées par le docteur Weber. A l'occasion de cette note, le journal des Connaissances médico-chirurgicales rappelle une propriété plus modeste du café, celle qu'il a d'empêcher pendant quelques jours la séparation des principes immédiats du lait, ou pour parler plus simplement, en termes d'économie domestique, d'empêcher que ce liquide ne tourne. Si l'on mélange une infusion de café avec du lait, ce dernier pourra être conservé ainsi plusieurs jours, puis ensuite réchauffé ou bouilli, sans subir d'autre modification que celle qui résulte de son association avec la liqueur aromatique. Cette propriété, sans jouer un rôle d'une grande importance, peut cependant quelquefois être mise à profit par les preneurs de café au lait, dans la saison chaude, et particulièrement en temps d'orage. Elle peut surtout être utilisée à Paris, où l'on voit si souvent le lait tourner en même temps qu'il reçoit l'impression de la chaleur. C'est même à cette propriété que l'on pourrait attribuer le mauvais effet du café au lait sur certaines constitutions. Le café conserverait si bien le lait que celui-ci ne saurait plus être décomposé par l'action de l'estomac, ce qui annihilerait ses propriétés nutritives.

Un décret du gouvernement provisoire, précédé d'un excellent rapport, a fait justice, nous l'avons dit, de l'impôt qui pesait sur le sel. Une autre mesure, non moins généreuse, vient de frapper également l'impôt qui pesait sur la viande à son entrée dans l'enceinte de Paris; il faut espérer que l'Assemblée ne tardera pas à faire jouir de ce dernier bienfait tous les grands centres de population où l'industrie fait affluer de grandes masses d'habi-

tants qui ont besoin du travail quotidien pour subvenir aux nécessités de la vie.

Le gouvernement provisoire, avant de déposer ses pouvoirs entre les mains de l'Assemblée nationale, vient de rendre un décret qui donne en grande partie satisfaction aux vœux du corps médical, en supprimant l'élection à deux degrés et instituant un chirurgien aide-major par compagnie et deux chirurgiens pour le service du Conseil de recensement et du jury de révision.

Le gouvernement provisoire a encore décrété que le corps des officiers de santé militaires formerait un corps distinct, qui fonctionnera par l'action de ses chefs directs, d'après l'ordre hiérarchique suivant : Elève sous-aide, sous-aide, aide-major (2 classes), major (2 classes), principal, inspecteur principal, inspecteur général. Ces grades sont assimilés comme il suit : Inspecteur général = général de brigade; principal inspecteur = colonel; principal = lieutenant-colonel ; major (1re et 2e classe) = chef de bataillon ; aide-major (1re et 2e classe) = capitaine ; sous-aide = lieutenant; élève sous-aide, = élève sous-lieutenant. Le décret arrête, en outre, que les attributions du Conseil de santé seront analogues à celles des Comités consultatifs permanents des diverses administrations; puis il rappelle que les dispositions du 24 messidor an XII sont applicables, en ce qui concerne les honneurs funèbres, aux officiers de santé de l'armée de terre, selon les grades qui leur sont assimilés.

Comme en France, les médecins et les étudiants italiens ont embrassé la sainte cause de l'émancipation avec enthousiasme. A Rome, les professeurs des Universités ont résolu à l'unanimité de renoncer, durant l'année courante, à toute rétribution, dans le but de dédommager en quelque façon la jeunesse des écoles des sacrifices qu'elle a faits pour voler à la défense de l'indépendance italienne, et S. S. le pape vient de nommer le docteur Farini substitut du ministre de l'intérieur, avec faculté de le représenter. Le célèbre proto-médecin d'Osimo a quitté cette ville pour se rendre à Rome. Tout porte à croire, dit Raccogliature medico, que le futur homme d'État ne rendra pas moins de services à la patrie qu'il en a rendu jusqu'ici à l'humanité souffrante.

Il résulte d'un article de la Clinique vétérinaire de Berlin, que jusqu'en 1829 on observait annuellement de vingt-cinq à trente cas de rage bien constatés. Depuis 1830, où l'on a mis un impôt sur les chiens, la maladie a considérablement diminué. Il n'y eut que trois cas de rage en 1830, pas un en 1831, trois en 1832, et depuis cette époque jusqu'au mois de mai 1836, cette terrible maladie ne fut pas observée.

L'Annuaire médical de Londres pour 1848 mentionne le nom d'un praticien, M. T. Malhuis, qui a pris ses degrés au collége de Mareschal à Aberdeen, en 1729 ! S'il n'y a pas d'erreur dans cette indication de l'Annuaire, ce praticien est certainement le doyen de tous les médecins, car il ne doit pas avoir moins de cent trente-cinq ans.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

INFLUENCE DE LA VARIOLE SUR LA SYPHILIS.

Depuis longtemps on a observé l'influence que les maladies aiguës exercent sur les divers accidents de la syphilis : il résulte de ces observations, que la plupart de ces accidents, quand ils existent à l'état aigu, disparaissent, ou au moins s'amoindrissent d'une manière notable sous cette influence modificatrice. Ce résultat une fois constaté, on a cherché à se l'expliquer, et là ont commencé les dissidences entre les auteurs. Ils ont vu dans ce fait l'expression d'une sorte d'antagonisme morbide, de substitution homœopathique, qui ne s'expliquent que dans l'hypothèse d'une biologie fort subtile, et que, pour nous, nous n'admettons pas; les autres se sont rendu compte du résultat d'une manière beaucoup plus simple, et par là même, bien probablement plus rapprochée de la vérité, en l'attribuant uniquement aux conditions particulières dans lesquelles la thérapeutique place les malades atteints d'une maladie aiguë. Les expériences auxquelles se sont livrés, à diverses époques, les médecins qui rejettent l'existence du virus syphilitique, pour démontrer la vérité de leur doctrine, ont très-abondamment prouvé que c'est dans cette dernière manière de concevoir les choses qu'est la vérité. Quelles sont en effet ces expériences, et que disent-elles à qui les juge sans prévention? Les individus atteints d'accidents syphilitiques aigus ont été soumis à la médication antiphlogistique pure, et ces malades ont vu, dans un grand nombre de cas, les manifestations visibles, au moins, de leur affection disparaître, comme bénéfice de cette médication. N'est-il pas évident, dès lors, que c'est uniquement à la même pratique commandée pour obéir à une autre indication, que le même résultat doit être attribué, quand il s'observe dans les circonstances que nous examinons en ce moment? C'est donc là une chose solidement établie, quand des accidents syphilitiques coexistent avec une maladie aiguë, et que ces accidents disparaissent, c'est à la médication commandée par cette indication, qu'on peut attribuer ce résultat. Mais il sort une autre conséquence pratique de ce fait, et dont les médecins qui voient dans la maladie vénérienne une affection virulente, une maladie *totius substantiæ*, doivent tenir grand compte ; c'est que dans les manifestations extérieures de cette maladie, de cette intoxication, il y a un élément inflammatoire, qui s'accommode mal des médicaments spécifiques, et qui doit être tout d'abord combattu d'une manière conforme

à sa nature. Si pendant longtemps la syphilis s'est produite sous des formes si redoutables, il faut sans doute l'attribuer à une plus grande malignité de sa cause inconnue ; mais on ne peut, en même temps, s'empêcher de reconnaître que la méthode peu rationnelle avec laquelle les accidents étaient combattus doit porter, en partie, la responsabilité de ces résultats. Nous faisons ici cette remarque, parce que nous croyons qu'aujourd'hui même elle n'est pas tout à fait inutile. Si nous ne craignions de tomber dans des personnalités blessantes, on le verrait bien. Oui, aujourd'hui encore, il est des médecins qui n'ont jeté sur les maladies vénériennes qu'un regard distrait, et qui soumettent banalement tous les individus atteints de ces maladies au traitement spécifique, sans avoir, au préalable, combattu par des moyens appropriés l'élément inflammatoire que présente le traumatisme local. Que résulte-t-il de là? ce que tous les praticiens réfléchis comprennent, l'exaspération des accidents locaux, par conséquent tous les dangers d'une infection générale, dont la source n'a point été tarie aussi rapidement qu'elle eût pu l'être à la faveur d'une indication rationnelle. Nous avons en ce moment sous les yeux un pauvre militaire victime d'une erreur de ce genre. Atteint tout d'abord d'un simple chancre, à la suite d'un coït impur, il a été sur-le-champ soumis au traitement mercuriel (liqueur de Van-Swieten) : au bout de quelques jours de l'emploi de ce traitement, il a été pris d'un phymosis violent, puis la gorge a présenté des ulcérations ; les ganglions du cou se sont engorgés, et enfin la peau s'est tachée d'une syphilide papuleuse discrète. Supposons que ce malade eût été traité d'une manière plus méthodique, qu'avant de le soumettre à la médication spécifique, on se fût quelque peu occupé du traitement local ; n'est-il pas très-vraisemblable qu'il eût été rapidement guéri, et qu'il eût été mis à l'abri des accidents secondaires, qui vont nécessiter une médication beaucoup plus longue, et bien plus chanceuse?

Mais en voilà assez sur ce point : nous n'avons pu résister au désir de rappeler ici, en passant, une vérité qui, pour être quelquefois méconnue, entraîne les plus grandes conséquences. Revenons maintenant à notre point de départ.

Quand la variole coexiste chez un malade avec une maladie syphilitique, quelle influence celle-ci reçoit-elle de celle-là? La même, tout d'abord, qu'elle recevrait de toute maladie aiguë. La diète à laquelle le malade est soumis, le repos qu'il est forcé de garder, atténuent rapidement les accidents syphilitiques, s'ils ne les font complétement disparaître. Mais cette influence se borne-t-elle là? Voilà ce qu'il faudrait rechercher. Malheureusement une telle question ne pourrait être résolue qu'à l'aide d'une longue série de faits, et aucune recherche n'a jus-

qu'ici été dirigée dans ce sens. Nous disons qu'aucune recherche n'a été faite dans ce sens : rien ne serait pourtant plus facile que de recueillir les premiers éléments de la solution de cette question. Il faudrait pour cela interroger la vie des individus qui ont eu successivement la syphilis et la variole, et rechercher si parmi ceux-là, quel qu'ait été d'ailleurs le traitement par lequel la première maladie a été combattue, il s'en est trouvé un moins grand nombre qui aient été atteints des accidents secondaires ou tertiaires de la syphilis. Il est bien clair que si les faits, étudiés dans une série suffisamment nombreuse pour justifier une conclusion, autorisaient à répondre affirmativement à cette question, il faudrait assigner une cause à ce fait, et cette cause ne pourrait être qu'un antagonisme morbide entre la variole et la syphilis.

Jusqu'ici nous ne sommes point sortis de la voie d'une méthode peu usitée aujourd'hui dans la science, malgré tous les efforts tentés par M. le docteur Buchez pour la réhabiliter ; et, bien que nous aussi nous admettions cette méthode dans certaines limites, nous allons cependant indiquer rapidement les faits sur lesquels nous nous appuyons pour poser cette question.

Voici d'abord succinctement le cas de variole et de syphilis coïncidentes que nous avons observé, et qui nous a suggéré les remarques que nous avons cru devoir consigner ici. Le nommé Ferrey, sergent au 25e de ligne, à la suite d'un coït impur, est atteint d'un chancre qui occupe la base du gland, près du frein. Ce chancre est fortement irrité, et cette irritation commande impérieusement la médication antiphlogistique. Ferrey, fortinquiet des suites de sa malheureuse aventure, se soumet à tout ce qu'on exige de lui, et dépasse même les prescriptions en se condamnant à une diète absolue et à un repos complet. Malgré cette sévérité de conduite, et bien que ce chancre soit arrivé à la période normale de réparation, rien n'annonce ce travail ; loin de là, le mal s'étend d'une manière visible. Cependant, après une rachialgie violente, des vomissements et une fièvre inexpliquée, la variole se déclare. A partir de ce moment, le traumatisme syphilitique s'atténue, se limite, et, enfin, s'éteint rapidement. Ce fait nous frappa, comme il aurait frappé tout médecin attentif ; et cette question se présenta naturellement à notre esprit. La cause, quelle qu'elle soit, qui produit la variole, est une cause évidemment virulente, qui agit sur l'organisme tout entier, et dont nous ne voyons, à l'extérieur, que la manifestation sensible : cette cause modificatrice de tout l'organisme aurait-elle sur le virus syphilitique une action spéciale, et le détruirait-elle à la façon du mercure ou de l'iodure de potassium ? C'est qu'en effet nous n'avons jamais vu le travail de réparation de l'affection syphi-

litique, se traduisant par un chancre, marcher d'une manière aussi rapide que dans le cas que nous venons de rappeler. Nous nous trompons, nous avons vu cela, mais seulement dans les cas où ces malades, atteints d'ulcérations vénériennes primitives, étaient soumis au mercure; nous l'avons vu encore, quand l'iodure de potassium, administré par une main habile, détermine en quelques jours la cicatrisation d'ulcérations plus ou moins étendues du voile du palais. Quant au traitement antiphlogistique simple, nous n'avons jamais remarqué qu'il exerçât une influence aussi décisive, aussi rapide sur le véritable chancre vénérien. Le virus variolique exerce-t-il donc une influence spécifique substitutive, homœopathique, si vous voulez, sur le virus syphilitique? Telle est la question que nous nous sommes posée, telle est la question que nous posons aux lecteurs attentifs du *Bulletin de thérapeutique*.

S'il ne s'agissait d'une question aussi obscure que celle que nous agitons en ce moment, nous nous abstiendrions de toute autre réflexion : mais en pareille matière, aucun fait ne doit être mis dans l'ombre, si peu qu'il vaille. En réfléchissant au cas précédent, nous avons essayé par nos souvenirs de suppléer au manque de cette statistique rigoureuse, dont nous constations plus haut la lacune. Or, voici, en substance, ce que ces souvenirs nous ont rappelé. Nous avons connu plusieurs jeunes gens, qui ont été successivement atteints de syphilis et de variole : or, parmi ces jeunes gens, il en est deux qui, grands partisans de la doctrine de M. Richond des Brus, sur la non-existence du virus vénérien, ne se sont jamais soumis au traitement spécifique. Ces jeunes gens sont des hommes aujourd'hui, et jamais ils n'ont éprouvé d'accidents consécutifs. Nous savons bien l'objection qu'on va adresser immédiatement à ces faits, nous l'avons prévue, et c'est là ce qui explique notre réserve. Nous n'avons pas moins cru devoir les signaler ici, comme point de départ d'une statistique sévère, rigoureuse, sans laquelle la question grave que nous venons de poser restera insoluble.

Ainsi il faut procéder dans la science si complexe de la vie pathologique ; aborder une question n'implique point la nécessité de la résoudre, mais impose le devoir de n'apporter que des éléments qui puissent conduire à une solution vraie. S.

DE LA NÉVRALGIE GÉNÉRALE, AFFECTION QUI SIMULE DES MALADIES GRAVES DES CENTRES NERVEUX, ET DE SON TRAITEMENT.

Par M. Valleix, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe).

(Troisième et dernier article (1).)

Diagnostic. Il suffit d'avoir parcouru avec quelque attention la description des symptômes qui vient d'être présentée, et d'avoir jeté un coup d'œil sur les précédentes observations, pour comprendre combien il est nécessaire d'insister sur les détails du diagnostic. Que l'on parcoure, en effet, tous les traités de pathologie, et l'on n'y trouvera rien qui puisse être considéré comme une description de la singulière affection qui nous occupe. Aussi n'est-il pas douteux que les cas de ce genre, qui doivent nécessairement se présenter assez fréquemment à l'observation, ne soient pour les médecins une source d'hésitations très-grandes et ne donnent lieu à des craintes très-exagérées qui peuvent compromettre l'influence morale si nécessaire au praticien. Reconnaître la maladie dont je viens d'exposer les symptômes, serait donc un très-grand avantage, quand même il ne serait pas absolument indispensable d'appliquer immédiatement un traitement des plus actifs. Que sera-ce donc s'il est démontré que par un traitement fort simple on peut dissiper rapidement tous les symptômes, et que, faute de ce traitement, on risque de voir la maladie se perpétuer et augmenter au point de rendre impossible l'exercice des principales fonctions et d'occasionner des douleurs insupportables? Or, la lecture des observations précédentes ne nous a-t-elle pas appris que tel est le cas dont il s'agit?

Je commencerai par établir le diagnostic différentiel. Je rechercherai ensuite si la maladie est bien réellement de nature névralgique.

Il est une affection que j'ai plusieurs fois mentionnée et qui a assez d'analogie avec celle dont il est question ici, pour que l'on pût être tenté de lui rapporter les symptômes qui viennent d'être décrits : c'est le *delirium tremens*. Voyons donc s'il n'existe pas des signes suffisants pour permettre de distinguer les deux affections. Le delirium tremens survient soit après un long abus des boissons fermentées, soit, ce qui est beaucoup plus rare, après une grande orgie. Dans les cas que j'ai rapportés, cette seconde cause n'existait pas. Chez un sujet (*obs.* III), des étourdissements, un état nerveux particulier étaient survenus antérieurement, à la suite d'un excès de boisson, mais ces accidents avaient été passagers, et le malade, lorsqu'il entra dans mon service, usait avec sobriété des boissons alcooliques, depuis un temps trop long pour qu'on pût attribuer à une semblable cause les symptômes qu'il éprou-

(1) Voir nos livraisons de janvier, p. 17, et 30 avril, p. 321.

vait. Quant aux autres, ils buvaient tous de l'eau-de-vie le matin; mais un seul en a bu pendant quelque temps une quantité assez considérable pour faire croire à l'existence de la cause que nous recherchons. J'ajoute que depuis que ces observations ont été recueillies, j'ai vu deux cas de névralgie générale, dans lesquels cette cause n'existait réellement pas. Il en est un surtout qui n'a pu me laisser aucun doute. Je l'ai observé, en effet, chez un médecin distingué de la province, dont les habitudes de sobriété m'étaient parfaitement connues. Est-il permis, en présence de pareils faits, d'attribuer la maladie à l'abus des boissons alcooliques, cause essentielle du delirium tremens? Ne savons-nous pas que, dans la classe ouvrière, il est un nombre très-considérable de sujets qui boivent de l'eau-de-vie le matin; et si, dans quelque maladie que ce soit, on interrogeait les malades sur ce point, n'en trouverait-on pas une bonne proportion qui accuserait cette habitude? En faudrait-il conclure que c'est là la cause de la maladie? Et à quoi d'ailleurs faudrait-il attribuer son développement chez ceux qui n'ont pas la même habitude?

Mais je veux bien admettre pour le moment que j'ai été trompé par les réponses de tous mes malades, bien que l'interrogatoire ait été très-précis; j'admets qu'ils n'ont pas voulu convenir de leurs excès; est-ce que, dans cette hypothèse même, il n'est pas possible de démontrer qu'il ne s'agit pas d'un délire tremblant, ou délire des ivrognes? Pour répondre à cette question, jetons un coup d'œil sur les symptômes et la marche des deux maladies.

Chez les sujets dont on a lu l'histoire, et chez ceux dont je n'ai pas encore publié l'observation, il existait des douleurs dont ils se plaignaient avec plus ou moins de vivacité; ces douleurs étaient disséminées par points occupant de nombreuses parties du corps, ayant précisément pour siége les endroits où existent les *foyers de douleur* dans les névralgies, et augmentant d'intensité sous la pression exercée avec l'extrémité des doigts. Est-il un seul de ces phénomènes qu'on ait mentionné dans le délire des ivrognes? Et en supposant que le défaut d'une exploration suffisante n'ait pas permis de constater l'existence des points douloureux, ne serait-il pas, au moins, très-singulier que les malades n'eussent, dans aucun cas, accusé aucune douleur spontanée?

Un autre point de dissemblance bien notable est dans l'état de l'intelligence. Le délire des ivrognes a pour symptôme principal, comme son nom l'indique, une aberration de l'intelligence qui porte les malades à se lever de leur lit, et à faire des actes plus ou moins extravagants; qui se traduit par des accès de fureur ou d'effroi; qui fait voir aux malades des fantômes, des objets hideux ou bizarres, en un mot qui les

livre en proie aux plus étranges hallucinations. Chez les sujets que j'ai observés, rien de semblable ; un seul était mélancolique, mais tout porte à croire qu'il l'avait toujours été ; les réponses étaient toujours justes, même alors que les malades éprouvaient les plus vives souffrances. Ainsi, tout diffère sous ce point de vue important.

Je ne parle ni de la différence qui existe dans l'opiniâtreté de l'insomnie si remarquable dans le délire tremblant qu'on a appelé aussi *delirium vigilans*, ni de l'état des voies digestives, ni de plusieurs autres symptômes, parce que ce que je viens de dire est suffisant quant à la symptomatologie. Mais je dois faire remarquer combien la *marche* des deux maladies est différente. Dans le *delirium tremens*, le malade, après avoir, pendant un temps variable, été dans un état d'ivresse plus ou moins complète, est pris de symptômes graves et présente ensuite des *accès*, souvent très-marqués, pendant lesquels l'affection prend un caractère effrayant. Il y a donc là, à un moment donné, une espèce de transformation de la maladie ; c'est le passage rapide, ou même brusque d'un état, en quelque sorte chronique, à un état aigu ; puis on voit se dessiner une intermittence irrégulière. Dans la névralgie générale, au contraire, la maladie reste stationnaire ou prend un accroissement graduel ; il n'y a point de transformation brusque, et il n'y a point d'accès à beaucoup près aussi tranchés. Les malades souffrent, il est vrai, un peu plus ou un peu moins dans certains moments de la journée, mais ce sont là des exacerbations qui ne donnent pas au mal un nouveau caractère.

On le voit donc, ni dans l'étiologie, ni dans les symptômes, ni dans la marche de la maladie, nous ne trouvons de motifs valables de regarder ces maladies comme identiques, et les phénomènes qui peuvent établir entre elles quelque analogie, tels que le tremblement, la marche vacillante, les étourdissements, ne sauraient entrer en balance avec les signes différentiels que je viens d'exposer.

On a signalé l'existence de certaines *congestions cérébrales chroniques* qui sont caractérisées par des éblouissements, et de la faiblesse des membres. Mais il n'y a, dans ces cas, ni points douloureux disséminés, ni tremblements, et il est rare que la démarche soit vacillante. Je parlerai de la *congestion sanguine de la moelle* et de l'*irritation spinale*, à propos de la nature de la maladie.

Je ne crois pas qu'on puisse rapporter la maladie à aucune *autre affection cérébrale*, bien que nous ayons vu que, dans presque tous les cas, la faiblesse était plus considérable d'un côté que de l'autre. Toutefois, si l'on avait des doutes à ce sujet, il faudrait se rappeler que, dans les affections qui intéressent d'une manière ou de l'au-

tre la substance cérébrale, la paralysie du côté opposé à la lésion est beaucoup plus complète, tandis que l'autre côté n'est point affaibli notablement, à moins que la lésion ne soit double, ce qui est rare ; que, dans ce dernier cas, l'intelligence est profondément altérée; qu'elle l'est à un degré plus ou moins grand dans le premier; enfin, qu'il n'y a pas de *foyers douloureux* disséminés dans les diverses parties du corps.

Le *tremblement nerveux* et le *tremblement mercuriel* sont des maladies qui n'ont de commun, avec celle qui nous occupe, que le tremblement lui-même ; et nous avons vu plus haut que ce symptôme est secondaire dans la névralgie générale.

Mais la névralgie générale peut être une complication d'une maladie organique des centres nerveux. J'en ai vu des exemples, et un, entre autres, qui est assez frappant pour que je donne ici un court extrait de l'observation qui a été recueillie avec grand soin par M. Notta, alors interne dans ma division.

Obs. IV. *Névralgie générale; cautérisation; soulagement marqué; puis paralysie augmentée; dilatation considérable de la pupille droite; retour des douleurs.* Le nommé Béraud, âgé de trente-cinq ans, matelot, est entré le 17 mars à l'Hôtel-Dieu annexe.

Ce sujet, qui a fait il y a neuf ans une chute de cinquante ou soixante pieds de haut, sur le pont du vaisseau, et qui, à la suite de cette chute, a gardé le lit pendant un an, et a été presque complétement privé de la vue, avait pu reprendre ses travaux, lorsqu'il y a quinze jours il fut pris de douleurs générales qui ont persisté jusqu'à présent, et qui, examinées attentivement, présentent tous les caractères névralgiques. Ces douleurs occupent tous les nerfs du corps. La démarche est vacillante; il y a des étourdissements. Les mains serrent très-peu; la droite moins que la gauche. La faiblesse générale est grande, bien que les muscles soient très-développés.

Après douze jours, pendant lesquels il fut traité par les émissions sanguines, les vomitifs et les calmants, il fallut, les symptômes persistant, recourir à la cautérisation transcurrente, pratiquée comme dans les cas précédents. Il s'ensuivit un soulagement prompt et marqué. Huit jours se passèrent, pendant lesquels la force était revenue, et les douleurs avaient presque complétement disparu, lorsqu'il survint un érysipèle ambulant qui compromit les jours du malade. Cet érysipèle ne pouvait pas être attribué aux brûlures, car l'inflammation qu'elles avaient causée était complétement dissipée ; d'ailleurs le malade a eu depuis trois érysipèles : deux ambulants et un facial, à des intervalles très-éloignés.

Après la disparition du premier érysipèle, l'état névralgique a reparu aussi intense, et, de plus, la paralysie du côté droit a fait des progrès notables, la pupille du côté droit est dilatée et immobile. la vue est presque complétement abolie de ce côté, l'intelligence s'est affaiblie, la vessie est devenue très-paresseuse, et la défécation se fait péniblement.

Réflexions. Dans ce cas, dont j'ai beaucoup abrégé la relation, les caractères de la névralgie générale ont été évidents ; mais il n'en est pas moins certain qu'il y a une lésion cérébrale, une tumeur, selon

toutes les probabilités, qui occasionne les symptômes de paralysie toujours croissante. Dans les premiers temps, je n'ai pas aperçu la complication, et je crois qu'il eût été difficile d'y parvenir ; mais il n'y a eu là aucun inconvénient, puisque les douleurs avaient beaucoup diminué sous l'influence du traitement, et que, si la crainte d'accidents graves, chez un sujet aussi complétement prédisposé aux érysipèles, ne nous eût retenu, de nouvelles applications du même moyen auraient fort bien pu le débarrasser de cette complication, contre laquelle beaucoup d'autres remèdes ont été impuissants.

J'ajoute que, dans plusieurs autres cas, j'ai pu distinguer cette complication, et faire disparaître les douleurs par la cautérisation transcurrente. C'est, du reste, ce qu'on pouvait prévoir d'après ce qui se passe dans les névralgies qui compliquent les affections de la moelle, et qui, comme je l'ai fait voir ailleurs (Traité des névralgies), cèdent aux moyens ordinaires, bien que la maladie principale persiste et fasse des progrès.

Après avoir démontré que l'affection dont j'ai rapporté des exemples ne peut être confondue avec aucune de celles qui ont été décrites par les auteurs, et que, même lorsqu'elle n'est qu'une complication, elle peut être reconnue et traitée avec un certain succès, il me reste à discuter la nature de la maladie, et à rechercher s'il s'agit bien réellement d'une névralgie. On pourrait, en effet, croire à l'existence, soit d'une *congestion sanguine de la moelle,* dont Ollivier (Traité des maladies de la moelle) a rapporté quelques exemples, soit d'une *irritation spinale*, affection décrite par les auteurs américains et anglais. Je ne peux mieux faire, à ce sujet, que de rappeler ce que j'ai dit dans l'Union médicale (*loco cit.*), à propos de la première observation que j'ai publiée. Je m'exprimais ainsi : « L'affection à laquelle on aurait le plus de motifs de rapporter les symptômes que je viens de mentionner serait une espèce de *congestion sanguine de la moelle,* dont Ollivier a rapporté des observations. Dans deux cas, en effet, cet auteur a trouvé une exaltation de la sensibilité, avec paralysie incomplète des mouvements, et, dans l'un d'eux, des frissonnements fréquents. L'intelligence était conservée. Je rappelle ces faits, parce que, je le répète, ce sont ceux qui ont le plus d'analogie avec celui que je viens de rapporter ; mais pour tous ceux qui les liront avec attention, il sera démontré que, chez notre malade, l'affection a été au moins beaucoup plus intense, et qu'elle a occupé toute l'étendue des centres nerveux, tandis qu'elle était bornée à la moelle dans les autres. D'ailleurs, je ferai remarquer que la congestion sanguine de la moelle est encore, de l'avis d'Ollivier lui-même, une affection très-mal étudiée, que les symptômes qu'on lui attribue

sont très-variables, et que les cas dont je viens de parler manquent de nombreux détails, ce qui rend la question beaucoup plus difficile à résoudre...

« Les médecins anglais et américains ont, sous le nom de *spinal irritation*, décrit une névralgie de la moelle elle-même ; mais rien dans leur description ne prouve qu'il s'agisse d'autre chose que d'une névralgie de plusieurs nerfs intercostaux et lombaires. D'un autre côté, nous savons avec quelle facilité la névralgie se propage d'un nerf à l'autre ; c'est ce qu'on observe spécialement dans les nerfs du tronc ; en sorte qu'il n'y a rien d'extraordinaire à voir l'affection partir d'un point limité pour envahir tout le corps, sans que pour cela l'organe central soit affecté lui-même. Lorsque nous voyons la névralgie dorso-intercostale envahir huit ou dix nerfs d'un seul côté, avons-nous besoin de supposer que le cordon postérieur de la moelle correspondant est affecté dans une étendue proportionnelle ? Enfin, nous savons que pour les nerfs du sentiment, c'est leur partie superficielle seule qui offre les symptômes de la névralgie. Je pense donc qu'on peut admettre, sans forcer l'analogie, que, dans ce cas, tous les nerfs du corps ont été envahis de proche en proche, sans que l'organe central ait été affecté.

« Reste la question la plus difficile. Y a-t-il eu une congestion, puis une névralgie ? Si l'on examine ce qui se passe dans les cas de névralgie ordinaire, on est porté à croire qu'il n'y a eu autre chose qu'une névralgie avec des symptômes fébriles légers, et d'autres symptômes généraux plus intenses au début. Une simple névralgie de la face détermine un malaise général, de l'anxiété, en un mot des symptômes généraux marqués : que sera-ce donc s'il s'agit d'une névralgie de tous les nerfs à la fois ? Puis ces symptômes du début s'étant calmés, la névralgie générale a revêtu ses caractères ordinaires. Si les premiers symptômes ont été ceux de la congestion sanguine, c'est qu'en effet, dans les névralgies intenses, il y a une véritable congestion des parties, comme le prouvent la rougeur, le gonflement, la chaleur, l'augmentation des sécrétions. »

On peut facilement faire l'application de ces remarques aux trois observations que j'ai rapportées et qui sont la base de ce travail ; il en est de même pour les autres cas que j'ai observés, en sorte qu'il est inutile d'insister sur ce point.

Pronostic. Le pronostic n'est évidemment pas grave ; mais on a vu qu'il est difficile de reconnaître si la maladie est compliquée ou non. Aussi doit-on être réservé tant qu'on n'a pas appliqué le traitement. Si, après avoir fait cesser les douleurs, on voit persister les symptômes

de paralysie, si la vivacité naturelle, la gaieté ne reviennent pas, on doit craindre l'existence d'une lésion profonde des centres nerveux. Il n'est cependant pas, à beaucoup près, toujours nécessaire d'attendre, pour se prononcer, les résultats du traitement. Si, en effet, on observait un trouble marqué de l'intelligence, l'abolition plus ou moins complète de quelques sens, une paralysie bien marquée, l'affection profonde des centres nerveux ne serait pas douteuse, et, bien qu'on pût espérer faire disparaître la névralgie, on devrait porter un fâcheux pronostic.

Traitement. Après les exemples que j'ai rapportés plus haut, j'ai peu de chose à ajouter sur le traitement. Il est évident que celui qui a été mis en usage, et qui a fait disparaître en quelques jours des affections en apparence fort graves, doit être préféré à tous les autres. J'ai, chez deux sujets, obtenu quelque amélioration à l'aide des *ventouses scarifiées* appliquées le long de la colonne vertébrale; mais cette amélioration laissait encore les malades dans un état tout à fait insupportable, et après plusieurs tentatives, j'ai dû renoncer à ce moyen. Par la *cautérisation transcurrente*, au contraire, j'ai constamment, lorsque la maladie était simple, réussi à rendre les sujets à une santé parfaite. Ce résultat a été surtout remarquable dans un cas dont je n'ai pas encore rapporté l'observation, parce que les détails qui devaient m'être transmis par le malade lui-même, qui est médecin, ne me sont pas parvenus. La maladie qui remontait à plus d'un an, et qui, dans les derniers mois, avait mis notre confrère dans l'impossibilité, non-seulement de se livrer à l'exercice de sa profession, mais encore de lire une seule page, a, en effet, disparu en une ou deux semaines. Ce fait sera publié plus tard.

Comme on l'a vu dans les observations, les endroits sur lesquels je pratique la cautérisation sont les suivants : le long de la colonne vertébrale, une raie de feu ; deux ou trois transversalement autour de la poitrine et des flancs, en partant de la colonne vertébrale ; une le long de chaque bras et de chacun des membres inférieurs. Toutefois, si quelques-unes de ces parties était entièrement exempte de douleur et d'affaiblissement, on pourrait l'épargner.

Il est à présent bien démontré que la cautérisation faite sur les sujets rendus insensibles par l'*éthérisation* ne perd rien de son efficacité. Il faut, par conséquent, épargner aux malades, par ce moyen, non-seulement la douleur de l'opération qui n'est pas aussi grande qu'on le suppose, mais l'effroi qu'inspire le cautère actuel et qui est presque toujours très-grand.

Quant à la manière de pratiquer la cautérisation, on la trouve ex-

posée dans les observations précédentes. Il me suffira, par conséquent, de les résumer en quelques mots. Le cautère dont je me sers a la forme d'une hachette. Il faut le faire chauffer à blanc. Avant d'éthériser le malade, on peut, avec un morceau de papier roulé et trempé dans l'encre, tracer les lignes sur lesquelles on veut passer le cautère. Celui-ci doit être promené très-légèrement comme sur la surface d'un liquide, pour me servir de l'expression de M. Jobert. L'application du cautère doit avoir lieu au moment où, par le pincement de la peau, on ne détermine plus la sensibilité. Cependant l'opération est si rapide et si peu douloureuse pour le malade, alors même qu'il a conservé un peu de sensibilité, que chez les personnes nerveuses on peut ne pas attendre l'anesthésie complète. Quant aux effets immédiats, je dois laisser parler M. Notta, ancien interne dans mon service, qui les a exposés comme il suit (Du Traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente; Union médicale, octobre 1847) :

« Le cautère, en parcourant la surface de la peau, y dessine des lignes brunâtres produites par la désorganisation de l'épiderme. Dans certains points l'épiderme s'est collé au fer et a été enlevé de la surface du tégument; dans d'autres, il y est resté et s'est froncé. Il suit de là que la coloration de la raie n'est pas immédiatement la même dans toute son étendue, et qu'il y a des points où, au lieu d'être brune, elle est seulement jaunâtre. Le lendemain les raies ont une teinte plus uniforme, d'un rouge brun obscur. Elles sont sèches; la portion de la peau qui leur est continue est très-légèrement crispée; le malade ressent un peu de chaleur sur leur trajet; les mouvements qui tendent la peau en ce point y causent une douleur qui, du reste, est très-supportable. Enfin, le surlendemain, quelquefois même dès le lendemain de la cautérisation, on voit tout le long des deux bords de la raie de feu un petit liséré rouge dont la largeur varie entre deux ou quatre millimètres et un centimètre, et dans quelques points l'épiderme soulevé par un peu de sérosité. Les jours suivants, le sentiment de chaleur se dissipe; la tension de la peau cesse d'être douloureuse; et au bout de cinq à six jours, l'épiderme, ou plutôt une croûte brunâtre qui s'est formée, tombe sans suppuration, laissant une surface rouge, lisse, unie, dont la trace s'efface complétement à la longue. Si, pendant les jours qui suivent l'application du cautère, le malade accusait un sentiment de cuisson incommode au niveau de la raie de feu, on reviendrait à l'emploi de compresses imbibées d'eau froide ; mais, dans l'immense majorité des cas, il est inutile de recourir à ce moyen.

« La cautérisation, telle que la fait M. Valleix, a produit les effets que je viens de décrire. On voit d'après cela qu'elle est encore plus

superficielle que ne la pratique M. Jobert, puisqu'elle ne détermine aucune ulcération et ne nécessite pas l'application de linges enduits de cérat, employés par cet auteur.

« Si l'on cautérise trop profondément, la suppuration s'établit, et, avant l'élimination de l'escarre produite et la guérison de l'ulcération, il se passe un temps assez long ; de plus, on est exposé à avoir une cicatrice là où le cautère a passé. Mais ces inconvénients sont trop faciles à éviter pour qu'il soit utile d'y insister plus longtemps.

« Il ne faudrait pas croire que la profondeur de la raie de feu doive être en rapport avec l'intensité ou l'ancienneté de la maladie. Les faits m'ont démontré que la formation d'une escarre, et partant la suppuration, sont parfaitement inutiles...

« Comme on pourrait craindre que l'irritation de la peau, en raison même de son intensité, ne devînt souvent le point de départ d'érysipèles, je ferai remarquer que cette année, à l'Hôtel-Dieu (annexe), dans les services de M. Valleix et de M. Beau, on a employé quarante-cinq fois la cautérisation transcurrente, tant pour des névralgies que pour d'autres affections dans lesquelles on voulait obtenir une violente révulsion cutanée, et une seule fois l'érysipèle s'est développé à la suite de son application. Le malade a guéri. Ne voit-on pas tous les jours un vésicatoire, un sinapisme devenir, chez certains sujets, le point de départ d'un érysipèle? Aussi ce seul fait, sur un aussi grand nombre de cautérisations, prouve que les raies de feu n'y exposent pas plus que tous les autres irritants placés à la surface de la peau. Du reste, pour éviter autant que possible cette complication, qui pourrait devenir fâcheuse, il faut, quand on applique plusieurs raies parallèles, mettre entre elles une distance au moins de deux travers de doigt. Placées plus près les unes des autres, les auréoles inflammatoires qui les entourent, venant à s'étendre, se confondraient, et leur irritation augmentant d'intensité déterminerait d'abord des douleurs pénibles pour le malade, et ensuite pourrait favoriser le développement d'un érysipèle. » J'ajoute que, quelquefois, malgré toutes les précautions, il se fait un léger suintement séro-purulent, qui exige dans quelques points l'application d'un linge cératé.

Tel est le traitement curatif bien simple de cette affection. Quant au traitement prophylactique, il nous faudrait de plus nombreux et de meilleurs renseignements sur l'étiologie, pour l'indiquer d'une manière utile. Je dirai seulement que, dans un cas, la névralgie me paraissant tenir à un état de débilitation, j'ai conseillé les amers et les toniques, et le malade s'en est bien trouvé. VALLEIX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES AMPUTATIONS ET DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES QUI EN DÉCOULENT. — UN MOT SUR L'INFLUENCE REMARQUABLE DES AGENTS ANESTHÉSIQUES SUR LA MORTALITÉ A LA SUITE DE CES OPÉRATIONS.

Il est en chirurgie, comme en médecine, de ces questions que personne ne songe à soulever ; non pas qu'on les considère comme épuisées, non pas que leur solution soit regardée comme définitive et à l'abri de toute atteinte ; mais bien parce qu'elles comprennent des éléments multiples, et parce que les solutions contradictoires qui ont déjà été données montrent combien il est difficile d'arriver à des résultats définitifs. La question des amputations est de ce genre. Interrogez les chirurgiens sur les conditions de succès de telle ou de telle autre amputation, sur l'époque de la maladie, sur celle de la vie et de l'année auxquelles la chirurgie peut obtenir le plus de succès. Demandez-leur si les amputations secondaires ont plus de chances que les amputations primitives ; et vous ne tarderez pas à reconnaître que, à l'exception de quelques faits généraux, dont l'évidence est flagrante, il y a des dissidences nombreuses sur beaucoup de points qui intéressent au plus haut degré la thérapeutique chirurgicale.

En donnant ici un extrait du Mémoire que M. Fenwick vient de publier dans le Monthly Journal of medecine, nous n'entendons nullement abdiquer les opinions que nous avons formulées à diverses reprises au sujet des recherches statistiques. Nous croyons que, le plus souvent, ces recherches ont pour résultat de cacher, sous une apparence de rigoureuse exactitude, des conclusions qui sont l'expression des détails, et non de l'ensemble des faits. Nous pensons toutefois que lorsque ces statistiques se contrôlent les unes les autres, que lorsque ce contrôle conduit à des conclusions générales, déjà en germe dans la pratique des chirurgiens les plus éminents, il y aurait inconvénient à ne pas faire son profit de ce qui paraît parfaitement démontré.

M. Fenwick, ainsi que nous venons de le faire pressentir, ne s'est pas borné à faire connaître les résultats de la pratique chirurgicale de l'hôpital de Newcastle, auquel il est attaché comme professeur de matière médicale et de thérapeutique. Non-seulement il a présenté le relevé détaillé de toutes les amputations pratiquées dans cet hôpital pendant une période de dix-sept années et demie, mais encore il a fait intervenir toutes les statistiques déjà publiées, et qui lui ont paru offrir toutes les garanties désirables. Il a cherché alors quels étaient

les résultats généraux des amputations; puis il a ensuite divisé et subdivisé la question en un grand nombre d'éléments, dont il a cherché la solution individuelle. Cette division était indispensable, car le résultat brut des amputations est quelque chose de véritablement désespérant. Dans la pratique civile, on compte 1 mort sur 3,12 opérés; dans la pratique militaire, 1 mort sur 3,23. Heureusement, en descendant dans les détails, nous verrons bientôt combien ces résultats bruts sont peu propres à servir de base à une discussion quelconque sur la gravité des amputations.

A quelle époque, les amputations font-elles courir le plus de danger aux opérés, et quelles sont, aux diverses périodes qui suivent l'opération, les maladies le plus à craindre? Les recherches de M. Fenwick laissent peut-être quelque chose à désirer sous le second point de vue. En effet, les accidents et les maladies n'ont pas été séparés par ce chirurgien, autant qu'ils auraient dû l'être, en accidents *primitifs* et *consécutifs*. L'étude des diverses questions relatives aux premiers est loin d'être complète. Toujours est-il que ces recherches confirment ce que l'on savait assez généralement; c'est que, jusqu'au quatorzième et au vingt et unième jour, il y a du danger pour les opérés, et par conséquent que l'ébranlement causé par l'opération n'est pas (considéré d'une manière générale) autant à craindre que les accidents ou les maladies qui peuvent suivre l'opération. De ces accidents et de ces maladies, le nombre et la nature varient, suivant l'époque à laquelle l'opéré est parvenu : à la première période, ou aux quatre premiers jours, se rattachent les accidents nerveux proprement dits, l'épuisement, le délire, la gangrène du moignon, etc. Plus tard, au contraire, les accidents nerveux ne sont plus à craindre, et l'on voit paraître les érysipèles, les inflammations viscérales, la phlébite et l'infection purulente. Le danger de ces deux dernières affections se prolonge bien plus que celui des deux premières. Passé la troisième semaine, il n'est presque plus question d'érysipèle et d'inflammation viscérale; tandis que la phlébite et l'infection purulente se retrouvent dans la quatrième, la cinquième, même la sixième semaine. Ce sont ces deux dernières affections qui produisent la plus grande mortalité : plus d'un tiers des opérés y succombent; tandis que les accidents nerveux n'en font périr que le quart, et que les inflammations viscérales n'occasionnent que cinq morts sur 100.

Tout le monde est d'accord sur ce point : que les amputations sont d'autant plus graves, qu'elles sont pratiquées dans un point plus rapproché du tronc. Les recherches de M. Fenwick confirment pleinement ce fait. Ainsi :

Les amputations de cuisse donnent 1 mort sur 2,31 opérés.
Les amputations de jambe, — 1 sur 2,55.
Les amputations du bras, — 1 sur 2,81.
Les amputations de l'avant-bras, 1 sur 9,52.

Mais ce qu'on ne savait pas aussi généralement, c'est que les amputations *dans la contiguïté* sont, de beaucoup, plus dangereuses que les amputations *dans la continuité*. Par exemple, la désarticulation de l'épaule est plus dangereuse que l'amputation de la cuisse, etc.

Ainsi qu'il était facile de le prévoir, les amputations dans lesquelles on intéresse de vastes surfaces, des nerfs et des vaisseaux nombreux, sont celles qui donnent lieu à la plus grande mortalité pendant les premiers jours, c'est-à-dire pendant la période de l'ébranlement nerveux. La désarticulation et l'amputation de la cuisse occupent le premier rang sous ce rapport. L'érysipèle paraît beaucoup plus fréquent dans les amputations des extrémités supérieures que dans celles des extrémités inférieures. Il n'en est pas de même des inflammations viscérales, de la phlébite et de l'infection purulente, beaucoup plus communes dans ces dernières amputations, et plus particulièrement, ce qui est assez extraordinaire, dans les amputations de jambe.

Y a-t-il, dans la période de cicatrisation, quelque rapport entre la durée de cette période et le danger plus ou moins grand des opérations? M. Fenwick répond par l'affirmative d'une manière générale. « Les amputations des extrémités supérieures, dit-il, se cicatrisent bien « plus rapidement que celles des extrémités inférieures, et dans toute « amputation, la durée de la cicatrisation dépend de l'épaisseur des « parties qui ont été intéressées. »

On avait soupçonné depuis longtemps que la nature de la maladie pour laquelle l'opération était pratiquée devait exercer une influence sur son résultat définitif; les uns avaient pensé que les amputations traumatiques sont les plus heureuses, et en avaient conclu que plus l'opéré est robuste et bien portant, plus il a de chances en sa faveur; d'autres, au contraire, avaient cru avoir remarqué que plus la maladie était ancienne, plus il y avait de chances de guérison. Sous ce rapport il ne peut y avoir de doute aujourd'hui ; les amputations pratiquées pour des causes pathologiques donnent, en toutes circonstances, l'avant-bras excepté, des résultats plus favorables que les amputations pratiquées pour cause traumatique ; la mortalité est presque double dans les secondes de ce qu'elle est dans les premières, et la différence est telle, qu'une amputation de cuisse pratiquée pour une tumeur blanche du genou est moins dangereuse qu'une amputation de bras pratiquée pour

une fracture comminutive de l'avant-bras. A quoi tient cette différence? Elle tient (ainsi le prouve la mortalité plus grande) ; dans les quatre premiers jours, pour les amputations traumatiques, elle tient aux accidents nerveux, qui entraînent un sixième de ces opérés et un trenteneuvième seulement dans les amputations pathologiques ; elle tient encore à la fréquence des érysipèles et des inflammations viscérales, si communes après les amputations pour accidents. Quant à la phlébite, elle est aussi commune dans les deux espèces d'amputations. Un précepte thérapeutique très-important à déduire de ce qui précède, c'est que, dans les amputations pratiquées pour des accidents, il faut surveiller avec soin les malades, les soumettre à un régime sévère et se préparer à combattre par des moyens antiphlogistiques convenables les premiers accidents inflammatoires.

Au reste, parmi les amputations pour cause pathologique, toutes sont loin de donner des résultats aussi favorables ; et c'est évidemment dans les amputations pratiquées par des maladies des articulations et des os que la chirurgie arrive à des succès remarquables ; la mortalité est dans ces cas de 1 sur 18 dans les amputations du bras, de 1 sur 10,37 pour les amputations de jambe, de 1 sur 6,5 pour les amputations de l'avant-bras, de 1 sur 4,91 pour les amputations de cuisse. En revanche, les amputations pratiquées pour d'anciens ulcères donnent des résultats très-défavorables. Cela tient-il à ce que l'amputation supprime ainsi une sécrétion d'ancienne date? C'est là une des questions les plus difficiles de la pratique chirurgicale, une question que la statistique est seule apte à résoudre, et dont la solution importe cependant au chirurgien pour le diriger dans la conduite qu'il doit tenir. « Si l'on réfléchit, dit l'auteur, que les sécrétions anciennes peuvent être supprimées sans aucun inconvénient, même avec avantage, lorsqu'elles ont pour résultat d'affaiblir l'organisme, on sera porté à penser que c'est plutôt l'état de la constitution qu'il faut consulter que l'ancienneté de l'ulcère. » Sans doute, l'état de la constitution aura, comme toujours, une influence sur le résultat définitif de l'amputation ; mais n'est-ce pas aussi un fait acquis à la science que cette suppression a été maintes fois suivie du développement d'inflammations intérieures? Comment donc prévenir ces graves accidents? Est-ce en faisant la réunion par seconde intention, comme l'ont proposé certains auteurs? est-ce en appliquant des exutoires à demeure, comme le font d'autres chirurgiens et en particulier M. Fenwick? La dernière opinion paraît la plus facilement acceptable. Car elle n'a pas, autant que la première, les inconvénients d'exposer à des accidents du côté de la plaie. Peut-être cependant y a-t-il des cas où l'amputation doit être absolument proscrite et où les exu-

toires et le mode de réunion ne pourraient soustraire le malade aux plus grands dangers.

Il est facile de comprendre, par ce qui précède, que la durée de la maladie doit avoir une grande influence dans le résultat des amputations. C'est, en effet, ce qui arrive ; la mortalité est bien plus forte dans les amputations pratiquées pour des maladies ayant moins d'un an de date que pour celles pratiquées pour des maladies beaucoup plus anciennes. Résultat des plus importants à consigner ! car il tend à prouver que l'impatience du chirurgien est beaucoup plus fâcheuse que le retard de l'opération. Ce qui conduit également à conclure que tant que la vie du malade n'est pas menacée d'une manière immédiate par la maladie, le chirurgien doit retarder l'opération, afin d'augmenter les chances du malade, et cela avec d'autant plus de raison que les recherches de M. Fenwick ont établi que la cicatrisation est bien plus rapide chez les opérés qui sont malades depuis longtemps.

Ceci nous amène naturellement à la question des amputations *primitives* et *secondaires*. Les recherches de M. Fenwich sembleraient trancher la question. La différence est telle, en effet, entre les diverses espèces d'amputations ; les amputations primitives donnent une mortalité si considérable, comparée avec celle des amputations secondaires, que l'on pourrait être tenté de poser en principe les amputations secondaires. Mais M. Fenwick l'a fait remarquer avec raison : la question n'est pas du tout de savoir combien on sauvera d'amputés en pratiquant l'opération immédiatement après l'accident ou d'une manière consécutive, mais plutôt combien l'on sauvera d'individus sur un nombre donné de blessés. Les graves accidents auxquels expose la temporisation dans certains cas de plaies, de fractures, etc., doivent tenir le chirurgien en garde contre le désir d'éloigner l'opération, toutes les fois qu'il lui paraît démontré que la nature est dans l'impossibilité de se suffire à elle-même. D'un autre côté, la grande mortalité qui a lieu dans les amputations primitives doit nous tenir aussi en garde contre la tentation d'enlever un membre que le malade pourrait conserver, soit définitivement, soit assez longtemps du moins pour que les chances augmentent en sa faveur. Les recherches de M. Fenwick établissent que c'est pendant les trois premières semaines qui suivent l'accident que les complications les plus graves sont à craindre, et en particulier les inflammations viscérales, la phlébite, les érysipèles, etc. C'est donc après cette période que l'opération doit être pratiquée, si l'on a pris la décision de recourir à l'amputation secondaire.

Les méthodes opératoires ont-elles quelque influence sur le résultat des opérations? Cette question ne manque pas d'importance, bien que

la méthode circulaire soit presque la seule en usage en France, et que la méthode à lambeaux y soit presque exceptionnelle. « Il est un fait incontestable, dit M. Fenwick, c'est que la méthode à lambeaux expose beaucoup plus à la phlébite que la méthode circulaire. La méthode à lambeaux a pour elle la plus grande rapidité d'exécution, la condition meilleure du moignon, la rareté de la nécrose, la facilité de la cicatrisation. Dans ces circonstances, la méthode à lambeaux pourrait trouver son application dans les amputations dont la phlébite et les inflammations secondaires ne sont pas des suites ordinaires ; dans lesquelles il n'est pas toujours facile de trouver une quantité suffisante de peau non altérée, c'est-à-dire dans les amputations pour maladies articulaires, plus particulièrement s'il s'agit d'une amputation du bras ou de l'avant-bras, et si le sujet est jeune. Dans les amputations traumatiques, au contraire, où il est facile d'avoir assez de peau pour recouvrir le moignon, et où la phlébite et les inflammations viscérales sont si communes, plus particulièrement s'il s'agit d'amputations des membres inférieurs, la méthode circulaire est la seule qui soit indiquée. »

M. Fenwick a encore étudié l'influence des sexes, des âges, des saisons, sur les résultats des amputations. En ce qui touche le sexe, il n'est arrivé à aucun résultat concluant, tant les relevés statistiques des divers hôpitaux, tant les amputations pratiquées pour diverses maladies, sur le même sexe, présentent de variétés. Il n'en est pas de même pour l'âge : le danger des opérations croît avec l'âge des opérés ; mais c'est surtout à partir d'une certaine époque de la vie, époque qui varie suivant les pays, mais qui est généralement l'âge de vingt ans, que la mortalité augmente dans les amputations. Elle est loin cependant d'augmenter d'une manière régulière ; il semble que l'influence de l'âge s'éteigne, à mesure que l'on approche des limites extrêmes de l'existence. Cette influence varie d'ailleurs considérablement, suivant la nature de l'amputation. Ainsi, dans les amputations des extrémités inférieures, la mortalité semble augmenter graduellement, excepté dans la période comprise entre trente et quarante ans, où la mortalité est plus forte que dans la période suivante. Il n'en est pas de même pour les amputations des extrémités supérieures : de vingt à trente ans, la mortalité est bien plus forte que de soixante à quatre-vingt-dix.

Quelle est l'influence de l'âge sur les amputations pathologiques et traumatiques? Y a-t-il autant de différence entre ces amputations considérées d'une manière générale ou d'après l'âge des malades? Pour les amputations pathologiques, ces amputations sont plus favorables de cinq à vingt ans. En deçà et au delà de cette époque de la vie, les chances de guérison vont en diminuant. Disons cependant que de trente

à cinquante ans, les amputations pratiquées pour des maladies des articulations et des os, donnent des résultats comparativement moins favorables, à cause des inflammations secondaires qui surviennent fréquemment dans cette période. Passé cinquante ans, au contraire, ces amputations donnent des résultats plus heureux. Contrairement à ce qui a lieu pour les amputations pathologiques, les amputations traumatiques offrent plus de gravité avant l'âge de vingt ans, et la mort a lieu principalement pendant les quatre premiers jours; c'est-à-dire que l'ébranlement nerveux est bien plus à craindre dans ce genre d'amputations que la phlébite et les inflammations secondaires; si les opérés traversent cette période heureusement, les chances leur deviennent très-favorables. L'âge ne change rien à ce résultat que nous avons déjà fait connaître, à savoir, que plus la maladie pour laquelle l'opération est pratiquée est d'ancienne date, plus les chances sont favorables.

Nous ne suivrons pas M. Fenwick dans ce qu'il a écrit relativement à l'influence des saisons. Il y a tant de différences dans les saisons, suivant les climats et les situations, que les résultats de cet observateur ne peuvent être acceptés qu'avec grande réserve. Suivant lui, les mois les plus fâcheux seraient avril, mai et juin ; le printemps serait la saison qui favoriserait le plus le développement des affections inflammatoires. Nous ignorons s'il peut en être ainsi dans quelque partie de la France; mais ce que nous pouvons dire, c'est qu'à Paris il en est tout autrement : c'est au printemps et en été que les amputations donnent les résultats les plus favorables.

Il est une question sur laquelle les recherches de M. Fenwick ne pouvaient jeter aucune lumière, et dont la solution importe cependant aux chirurgiens ; c'est celle de l'*influence des agents anesthésiques sur les résultats des amputations*. On se rappelle par quelles assertions contradictoires fut saluée l'introduction des agents anesthésiques dans la chirurgie ; les uns n'y virent qu'un moyen de supprimer la douleur ; les autres crurent pouvoir conclure que la suppression de la douleur entraînerait indubitablement un abaissement dans le chiffre de la mortalité ; d'autres, et ce sont les moins nombreux, pensèrent que les inconvénients des anesthésiques balanceraient au moins leurs avantages. Aujourd'hui le doute n'est plus permis, la question est définitivement jugée, grâce aux recherches du célèbre professeur d'Edimbourg, M. Simpson, à qui la science est déjà redevable de l'introduction de l'éther dans l'obstétrique et de celle du chloroforme dans la pratique médicale et chirurgicale.

Pour résoudre cette question, M. Simpson s'y est pris d'une manière très-simple : il a prié trente des chirurgiens les plus renommés

de l'Angleterre de lui faire connaître, d'une part les résultats de leur pratique chirurgicale, relativement aux amputations, pendant ces dernières années, et d'autre part les résultats des opérations qu'ils ont pratiquées pendant l'éthérisme. Il a contrôlé en quelque sorte ces derniers résultats, par les quelques relevés qui ont été publiés récemment, soit en Angleterre, soit sur le continent. Voici à quoi il est arrivé :

Les amputations, considérées d'une manière générale, ont fourni dans ces dernières années, avant la découverte de l'éthérisation, une mortalité considérable, de 1 sur 3,37, ou de 29 pour 100.

L'amputation de la cuisse a donné :

Primitive. . 1 sur 1,62, ou 61 pour 100.	= 1 sur 2,65, ou 37 pour 100.
Secondaire. 1 sur 3,40, ou 17 pour 100.	

L'amputation de la jambe :

Primitive. . 1 sur 3,08, ou 32 pour 100.	= 1 sur 3,39, ou 22 pour 100
Secondaire. 1 sur 5,87, ou 17 pour 100.	

L'amputation du bras :

Primitive. . 1 sur 4,53, ou 22 pour 100.	= 1 sur 4,77, ou 22 pour 100.
Secondaire. 1 sur 4,20, ou 23 pour 100.	

Chiffres qui confirment pleinement ce qui a été démontré par les recherches de M. Fenwick, à savoir, que les amputations sont d'autant plus graves qu'elles sont pratiquées plus près du tronc, et que les amputations primitives sont plus graves que les amputations secondaires.

(La mortalité des premières est à celle des secondes, comme 38 à 24.)

L'introduction des agents anesthésiques a modifié cet état de choses : en effet, sur 312 amputations, qui ont été rassemblées par M. Simpson, on n'a compté que 71 morts (1 sur 4,53, ou 22 pour 100); et chaque amputation en particulier a donné :

Amputations de cuisse :

Primitives. . 1 sur 2, ou 50 pour 100.	= 1 sur 3,92, ou 25 pour 100.
Secondaires. 1 sur 4,84, ou 30 pour 100.	

Amputations de jambes :

Primitives. . 1 sur 3,55, ou 28 pour 100.	= 1 sur 5,13, ou 19 pour 100.
Secondaires. 1 sur 6,23, ou 16 pour 100.	

Amputations du bras :

Primitives. . 1 sur 4,25, ou 23 pour 100.	= 1 sur 3,66, ou 27 pour 100
Secondaires. 1 sur 3,37, ou 29 pour 100.	

Ainsi, l'introduction des agents anesthésiques dans la médecine opératoire n'a pas changé les conditions principales des amputations, en ce sens que les amputations de cuisse restent toujours plus graves que celles du bras; que les amputations primitives sont toujours plus dan-

gereuses que les amputations secondaires. Mais il est cependant deux résultats généraux dont il est important de prendre note ; c'est d'une part que le chiffre de la mortalité a été abaissé notablement pour toutes les amputations en général, et pour chacune de ces amputations en particulier ; c'est, d'autre part, que la différence qui existait avant la découverte de l'éthérisation entre les amputations primitives et les amputations secondaires a été considérablement réduite par l'emploi des anesthésiques.

Certes, voilà des résultats des plus remarquables et des plus importants pour la thérapeutique chirurgicale ; et ces résultats acquièrent encore plus d'importance quand on les rapproche de ceux que donnaient, il y a quelques mois encore, les amputations prises en particulier, surtout celles des cuisses. Dans les hôpitaux de Paris, on perdait 62 pour 100 amputés de cuisse ; dans les hôpitaux d'Edimbourg, 42 pour 100 ; dans l'hôpital de Glascow, 36 pour 100. Grâce à l'éthérisation, on n'en perd plus aujourd'hui que 25 pour 100. C'est donc, au plus bas, 11 malades sur 100 que l'on sauve de plus, grâce à la nouvelle découverte. Résultat qui ne peut laisser aucun doute sur ce point que les agents anesthésiques, en même temps qu'ils soustraient les malades à la douleur, diminuent pour eux les chances de maladie et de mort, dans une proportion considérable.

Arrivés au terme de l'examen critique des travaux de MM. Fenwick et Simpson, nous croyons pouvoir en déduire les conclusions générales suivantes :

1° Considérées d'une manière générale, les amputations occasionnent une mortalité très-forte. Mais le chiffre de cette mortalité varie dans de grandes limites, suivant la nature de l'opération et les circonstances qui lui sont propres.

2° Les amputations, tout demeurant égal, sont d'autant plus graves, qu'elles ont lieu plus près du tronc. Cependant, les amputations dans la contiguïté sont beaucoup plus dangereuses que celles dans la continuité.

3° Les accidents ou les maladies qui peuvent suivre les amputations ne sont pas les mêmes à toutes les périodes : la première, dite d'*ébranlement nerveux*, et dont la durée est d'environ quatre jours, comprend l'épuisement, le délire, le tétanos, la gangrène du moignon, etc... La seconde, qui s'étend au vingt-huitième jour, quelquefois au delà, embrasse les érysipèles, les inflammations viscérales, la phlébite, l'infection purulente, etc...

4° Les amputations pratiquées pour des causes pathologiques, principalement pour des maladies des articulations et des os, donnent par-

tout des résultats plus favorables que celles pour causes traumatiques. Le danger de ces dernières tient surtout à la fréquence des accidents nerveux et inflammatoires. La conclusion pratique qui découle de ce qui précède, c'est que, dans les amputations pratiquées pour des accidents, il faut surveiller avec soin le régime des opérés, et se préparer à combattre, par des moyens convenables, les accidents qui peuvent survenir.

5° Plus la maladie pour laquelle l'amputation est pratiquée est d'ancienne date, plus les chances sont favorables à l'opéré. D'où il suit que le chirurgien doit retarder l'opération autant que le permettent les forces du malade.

6° Les amputations secondaires participent du caractère des amputations pathologiques ; c'est-à-dire que, comme celles-ci, elles exposent moins aux accidents nerveux et inflammatoires. Cependant, pour juger la question des amputations primitives et secondaires, il faut s'attacher à déterminer les chances de résistance aux accidents consécutifs ; et si l'on s'arrête à l'amputation secondaire, ne la pratiquer qu'après la troisième semaine, époque à laquelle les accidents inflammatoires sont moins à craindre.

7° La méthode circulaire doit être préférée presque partout à la méthode à lambeaux, dans la pratique des amputations.

8° La mortalité augmente généralement, dans les amputations, avec l'âge des opérés, excepté dans la vieillesse. Cependant, les amputations traumatiques occasionnent la mortalité *maximum*, dans la période comprise avant l'âge de vingt ans.

9° L'influence des sexes et des variations saisonnières n'est pas encore établie d'une manière définitive.

10° L'introduction des agents anesthésiques dans la médecine opératoire a abaissé le chiffre de la mortalité d'une manière remarquable. Ce résultat est des plus précieux en ce qui touche les grandes opérations.

CHIMIE ET PHARMACIE.

OBSERVATIONS DE PHARMACIE PRATIQUE.

Les pharmaciens dont les officines sont exposées dans des lieux humides voient souvent leurs extraits, pulpes, opiats, conserves et électuaires se couvrir d'une moisisssure qui est le commencement d'une plus grande décomposition. On prévient cette altération en plaçant sur la substance même une rondelle de toile qui intercepte le contact

de l'air atmosphérique, et qui force la moisissure à se fixer sur la partie extérieure du tissu; ainsi, si on enlève l'étoffe, on entraîne avec elle la moisissure, et le reste du médicament est intact de toute impureté.

Cette indication nous est fournie par les ménagères qui ont l'habitude de recouvrir leurs gelées d'une feuille de papier alcoolisée.

Le papier à vésicatoire est devenu, en médecine, d'un usage général: la France, chaque année, en exporte de très-grandes quantités; elle en expédierait bien davantage si ce papier ne s'altérait pas avec le temps, l'humidité et la chaleur. L'expérience nous a prouvé que l'on peut retarder cette altération, non pas seulement en doublant les boîtes, comme cela se fait, de feuilles d'étain, mais encore en interposant entre une feuille d'étain chaque feuille de papier épispastique.

Les pharmaciens qui font venir leurs médicaments de villes éloignées de leur résidence éprouvent souvent, dans les emballages qu'on leur expédie, des pertes notables par le bris des vases qui contiennent leurs préparations; dans nos pharmacies aussi, nous cassons beaucoup de bocaux, pour avoir mis dedans des substances trop lourdes, ou d'une dureté telle que les vases ne peuvent jamais résister à leur choc.

On peut, tout en conservant l'uniformité symétrique des étiquettes, soit qu'elles se trouvent en dehors ou en dedans, éviter cette perte en tapissant les vases intérieurement et extérieurement d'une bande de toile ou de calicot, enduite de colle forte ou de colle d'amidon, puis, en appliquant sur l'enveloppe extérieure une couche de peinture à l'huile et un vernis, qui rendent au bocal son aspect ordinaire.

STANISLAS MARTIN, pharmacien.

NOTE SUR LA PRÉPARATION DU BAUME DE TOLU.

M. Bouffay, pharmacien à Attigny, a adressé au Cercle pharmaceutique de la Haute-Marne un procédé au moyen duquel il prépare, avec le douzième du baume de Tolu prescrit par le Codex, un sirop tout aussi aromatique qui est consigné dans cet ouvrage; voici la formule :

PR. Baume de Tolu. . . . . 10 grammes.
Coton cardé environ. . 2 —

Étendez le baume sur le coton, de manière à le recouvrir assez uniformément, roulez le tout et introduisez-le dans un matras avec eau de fontaine, 500 grammes. Soumettez à l'ébullition pendant une heure, au bain-marie ; filtrez, et terminez le sirop comme l'indique le Codex.

Cette communication, déjà précédemment annoncée, avait amené

divers membres du Cercle à faire des essais comparatifs sur le sirop de baume de Tolu; mais celui de M. Bouffay a été trouvé plus aromatique et plus sapide que les autres. On en conçoit facilement la raison, la masse balsamique, ainsi étendue sur la carde de coton, présente à la distillation une plus grande surface et permet au fluide de s'emparer plus facilement des principes qui y sont solubles.

: NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION DE L'IODURE DE POTASSIUM.

A la liste déjà nombreuse des modes d'obtention de l'iodure de potassium, M. Criquelion, pharmacien à Mons, vient ajouter le suivant :

Pr.	Iode.	94 parties.
	Limaille de fer. . . .	14 parties.
	Chaux vive.	40 parties.

Eteignez la chaux dans l'eau et ajoutez la limaille de fer lorsque le mélange est exactement fait ; projetez l'iode par fractions, afin de faciliter la combinaison. Triturez le tout jusqu'à ce qu'une trace de la liqueur déposée sur un papier amidonné ne le brunisse plus, et y détermine seulement une tache ocreuse. Alors on peut jeter sur le filtre et laver ; puis les liqueurs réunies sont traitées par une solution de carbonate de potasse, jusqu'à cessation de précipité. On filtre, on lave le dépôt de carbonate calcaire, et l'on obtient une liqueur parfaitement incolore, que l'on fait évaporer et cristalliser à la manière ordinaire. La partie originale de ce procédé consiste dans l'addition du fer, que l'auteur ajoute dans le but d'empêcher la formation d'une certaine quantité d'iodate de chaux. A mesure que l'iodure de fer se produit, il est décomposé par la chaux, et donne lieu à la formation d'un iodure calcique et d'un oxyde ferrique. La liqueur filtrée, traitée par le carbonate de potasse, fournit de l'iodure potassique et du carbonate calcique.

L'auteur fonde la supériorité de son procédé sur celui de MM. Baup et Caillot, sur ce que le lavage du carbonate de chaux est plus facile que celui du carbonate de fer. Nous admettons ce fait, et nous ajouterons, en outre, que ce procédé évite la calcination nécessitée par le procédé de Turnes, généralement suivi aujourd'hui ; mais, il faut le reconnaître, il n'évite pas, en retour, la préparation d'un carbonate de potasse pur.

REMARQUES SUR LE SIROP DE QUINQUINA AQUEUX.

M. Cadet vient de publier dans le Journal de pharmacie le procédé suivant, qu'il croit préférable à celui que donne le Codex pour la préparation de ce sirop :

PR. Quinquina gris concassé........ 96 grammes.
Sucre blanc................. 500 grammes.
Eau pure...... .... 1,500 grammes.

Faites bouillir le tout dans un vase couvert (autoclave) pendant demi-heure; retirez du feu, et laissez reposer pendant environ un quart d'heure; passez et exprimez le marc. Laissez refroidir entièrement le liquide, et, après y avoir délayé quelques fragments de papier à filtre, passez ce liquide à la chausse jusqu'à ce qu'il soit clair, et versez sur une étamine.

Le but de M. Cadet, en faisant intervenir de suite le sucre dans la décoction, a été surtout de maintenir en dissolution les alcaloïdes du quinquina, qui, sans cela, se déposent du décocté par refroidissement. La remarque de M. Cadet est fondée. Mais, considérant que le sucre peut empêcher l'eau de pénétrer convenablement le quinquina, et d'autre part, que ce mode de faire entraîne la perte d'une partie du produit, M. Dorvault préfère recommander de faire le décocté comme l'indique le Codex, d'y ajouter le sucre pendant qu'il est encore chaud et trouble, et de le faire évaporer ainsi en consistance sirupeuse. De cette façon on éviterait, et le vice que nous reprochons au procédé ci-dessus, et celui attaché au procédé du Codex, qui est réel.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

COUP D'OEIL SUR LES EAUX THERMALES DE SAINT-GERVAIS (SAVOIE).

Parmi les eaux minérales visitées tous les ans par une multitude de malades et de voyageurs, nous devons appeler l'attention des praticiens sur celles de Saint-Gervais, en Savoie, près de Genève. Cet établissement thermal, situé à l'extrémité de la belle vallée de Sallanches, sur la route de Chamouni, et au pied du Mont-Blanc, occupe un des sites les plus grandioses et les plus magnifiques qu'on puisse admirer en Europe. Une riche végétation, des bois, des eaux, des cascades, des montagnes, le mont Joly, d'où l'on découvre à la fois quatorze glaciers, en font un des lieux les plus curieux et les plus enchanteurs.

Les eaux de Saint-Gervais sont thermales, salines, sulfureuses et gélatineuses; elles sont limpides, incolores, douces au toucher, d'une saveur saline légèrement amère, et chaudes à 37 et 40 degrés centigrades. Elles répandent une odeur prononcée d'hydrogène sulfuré, qui se perd par le refroidissement. Leur analyse, faite en 1806 par MM. les professeurs Pictet, Tingry, Boissier et de La Rive, de Genève, a donné les résultats suivants : *substances gazeuses*, vapeur d'hydrogène

sulfuré, air plus pur que l'air atmosphérique, acide carbonique; *substances fixes*, sulfate de soude en assez grande quantité, hydrochlorate de soude, hydrochlorate de magnésie, sulfate et carbonate de chaux, pétrole, barégine.

Les eaux dont il est question sont abondantes et données par huit sources différentes. Depuis leur analyse faite en 1806, on a découvert une neuvième source d'une température moins élevée, et d'une nature essentiellement ferrugineuse.

Les effets primitifs des eaux de Saint-Gervais varient suivant qu'on les prend en boisson ou en bains. A l'intérieur, elles excitent l'appétit, provoquent les urines et les selles; chez quelques personnes, trois ou quatre verres bus à jeun suffisent pour les purger; mais cette action laxative diminue à mesure qu'on en fait usage, et il faut en augmenter graduellement la dose, si l'on veut obtenir un effet soutenu. Dans les premiers jours, les matières fécales deviennent ordinairement noires et poisseuses; mais elles ne tardent pas ensuite à reprendre leur consistance et leur couleur normales. Les urines deviennent abondantes et incolores; chez quelques malades, elles se troublent après leur émission, et déposent un sédiment rougeâtre.

Les bains sont agréables par leur température à presque tous les baigneurs; quelques-uns cependant les trouvent trop chauds ou trop frais. Au sortir du bain, la transpiration est excitée; il y a souvent une sueur générale, plus ou moins abondante, qu'on soutient communément en se mettant au lit, en y restant tranquille, et en faisant usage de quelque boisson chaude. Lorsque la sueur est apaisée, et qu'après s'être habillé on vient à respirer l'air pur et libre, on éprouve un bien-être inexprimable, on se sent léger, frais et dispos. La répétition des bains de Saint-Gervais ne donne point lieu à ce sentiment de fatigue générale et de faiblesse qu'on éprouve lorsqu'on prend de suite un certain nombre de bains chauds d'eau simple.

Au bout de quelques jours de l'usage de ces bains, la peau devient souple, onctueuse et douce au toucher. Lorsqu'on les prolonge, et quelquefois après leur cessation, il survient vers la peau et parfois dans tout l'organisme des phénomènes de réaction qu'on nomme vulgairement la *poussée*. Ces phénomènes ne sont pas les mêmes chez tous les baigneurs; tantôt et le plus souvent ce sont des boutons miliaires qui couvrent une partie ou la totalité des téguments; tantôt des plaques rouges, tantôt des démangeaisons sans éruption apparente. Il survient parfois un mouvement fébrile qui oblige de suspendre les bains pendant un ou deux jours; dans des cas plus rares, il se forme, dans le tissu cellulaire sous-cutané, de petits phlegmons dont les uns se résol-

vent pendant qu'il s'en manifeste de nouveaux dans différentes parties du corps. Ces phénomènes de réaction se dissipent promptement, et sont suivis d'un changement salutaire dans l'état des malades. Ils ne sont pas toutefois la condition de l'amélioration, car quelques baigneurs n'ont ni démangeaison, ni éruption, et ne laissent pas néanmoins que d'éprouver le soulagement qu'ils avaient lieu d'attendre.

On fait encore usage de douches, lorsqu'on se propose d'agir seulement d'une manière locale.

Il résulte de ce qui précède que les eaux de Saint-Gervais sont à la fois sudorifiques, purgatives, diurétiques, toniques et stimulantes. On peut dès lors prévoir quels doivent être leurs effets secondaires et thérapeutiques sur les maladies. Elles sont positivement contre-indiquées dans toutes les affections inflammatoires aiguës, et même dans les maladies chroniques, lorsqu'il existe quelque phlogose locale sub-aiguë et douloureuse. Elles conviennent, au contraire, dans celles où domine la faiblesse : ce qui est le propre de la plupart des affections chroniques. Au reste, en médecine pratique, la théorie est peu de chose et doit faire place à l'expérience positive. Voici quelques-uns des résultats de celle-ci.

Parmi les nombreux médecins qui ont eu occasion de constater les effets thérapeutiques des eaux de Saint-Gervais, en France et à l'étranger, nous n'en citerons que deux : Jurine et Matthey, de Genève, parce que leurs observations ont été longues, suivies et nombreuses.

« Les eaux de Saint-Gervais, dit M. Jurine, ont complétement « répondu à mon attente. Un grand nombre de mes compatriotes les « emploient journellement pour se purger, et les cures qu'elles ont opé- « rées sur des individus qui étaient surtout atteints de maladies cuta- « nées sont vraiment étonnantes. J'ai vu des dartres formidables qui « avaient résisté à un traitement méthodique, se dissiper promptement « par l'effet de ces eaux, de sorte qu'on pourrait dire qu'elles réunis- « sent les avantages de celles de Courmayeur à celles de Louesche (Va- « lais), puisque, comme ces dernières, elles poussent ordinairement à « la peau, sans avoir besoin de prolonger autant la durée des bains... « Tout ce que j'ai vu, relativement aux propriétés et à l'efficacité « des eaux de Saint-Gervais, me porte à croire qu'il n'en existe pas en « France de plus utiles, puisqu'elles réunissent le double avantage « d'être purgatives à la dose de cinq ou six verres, et d'agir sur la peau « comme hydrosulfureuses. »

M. Matthey a publié quarante-trois observations fort remarquables des maladies chroniques qui ont été guéries ou considérablement soulagées à Saint-Gervais.

Fondé sur ces faits et sur un grand nombre d'autres, qu'il n'a pas cru devoir publier, il termine son ouvrage par les conclusions suivantes :

« Les eaux de Saint-Gervais sont utiles : 1° *dans toutes les maladies des systèmes nerveux, sanguin et lymphatique,* dans lesquelles « la débilité est un des éléments principaux de l'affection chronique, « comme dans la paralysie, l'impotence, ou faiblesse musculaire, le « rhumatisme chronique, la dyspepsie, l'hypocondrie, les affections « scorbutiques, les hémorrhoïdes, les maladies lymphatiques et scro- « fuleuses, les maladies chroniques de la peau.

« 2° *Dans les affections des viscères et des fonctions organiques;* « dans les obstructions indolentes par simple augmentation de volume « du tissu de l'organe, sans inflammation ni vice organique développé, « dans les engorgements du foie, de la rate, des voies urinaires, dans « les écoulements chroniques des membranes muqueuses, par atonie « ou relâchement, dans les affections catarrhales de la poitrine, de « l'estomac, de la vessie, de la matrice; dans les pertes blanches, dans « les menstruations difficiles, dans les affections calculeuses des reins, « les douleurs néphrétiques et la gravelle ;

« 3° *Dans les maladies des articulations,* suite de blessures ou « d'affections rhumatismales, dans les engorgements des tissus articu- « laires, dans l'amaigrissement des muscles. »

Les courts détails dans lesquels nous venons d'entrer suffiront, je pense, pour appeler l'attention des médecins sur des eaux minérales importantes qui, jusqu'ici, ont eu le malheur de n'être pas assez connues en France.

BAYLES,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine.

DE L'EFFICACITÉ DE LA TEINTURE DE DIGITALE A HAUTE DOSE DANS CERTAINS CAS DE PHTHISIE PULMONAIRE.

On trouve dans plusieurs traités de matière médicale une formule de Bayle, touchant la teinture de digitale, que ce médecin donnait avec succès à haute dose dans la phthisie pulmonaire. D'autres médecins, qui l'ont employée après lui de la même manière, ont dit avoir guéri des phthisiques. A leur exemple, nous avons voulu nous servir du même remède chez deux sujets atteints de cette maladie, et qui guérirent.

Le premier que nous avons traité ainsi, le nommé Bonual, domicilié à Hyde, était un homme de quarante-cinq ans, scrofuleux, qui se nourrissait mal habituellement et qui était exposé par son métier à toutes les injures de l'air. Il était, depuis plusieurs années, gardien de chevaux ; ce qui l'obligeait de coucher dehors pendant une bonne partie de l'été, dans des lieux bas et humides. Il eut, dans le mois de juillet

1843, une fièvre intermittente pernicieuse des plus compliquées, qui le laissa sujet à une foule d'indispositions durant l'automne et l'hiver suivants. Le 25 février 1844, il fut atteint, à la suite d'un refroidissement, d'un catarrhe pulmonaire qu'il négligea.

Lorsque nous vîmes cet homme, le 6 du mois de mars de la même année, il était alité, avait de la fièvre, et une toux fréquente, suivie de temps en temps d'une expectoration catarrhale.

Pour combattre l'irritation locale, des sangsues furent appliquées sous les clavicules. Nous ordonnâmes aussi des tisanes adoucissantes et des juleps, ce qui procura un peu de soulagement. Mais entre le 12 et le 15, la maladie changea totalement de caractère : la dyspnée augmenta. l'expectoration devint plus facile, très-abondante, et nous aperçûmes des grumeaux caséeux dans les crachats. — Le 16 et le 17, les crachats furent tachés de sang.

L'exploration de la poitrine nous apprit que le poumon droit était attaqué vers son sommet.

Les antiphlogistiques locaux n'étant plus indiqués, nous prescrivîmes vingt gouttes de teinture de digitale dans un julep de 60 grammes, à prendre dans les vingt-quatre heures, la dose de la teinture devant être augmentée de dix gouttes chaque jour, et pour tisane le lichen d'Islande non privé de son principe amer. De plus, on fit des frictions avec la pommade stibiée sur l'épigastre, auxquelles on devait revenir tous les jours, jusqu'à ce qu'il parût des boutons. Le 19, Bonnal avait moins de fièvre. Le 20, il avait un peu d'appétit, qu'il satisfaisait en prenant quelques bouillons de plus. Le 21, les boutons parurent. Trois d'entre eux se développèrent et formèrent de petites pustules qui suppurèrent. Dès le commencement de leur dessiccation, on fit d'autres frictions, qui produisirent de nouvelles pustules. Nous entretînmes ainsi une révulsion sur la région épigastrique, jusqu'à la fin de la maladie. Le 21, aussi, les crachats étaient moins abondants, le pouls beaucoup moins fébrile, et le malade commençait à manger quelques morceaux de gibier rôti qu'il digérait parfaitement ; à ses repas, il buvait de bon vin, mélangé avec de l'eau.

L'emploi de la digitale, dont la dose fut élevée jusqu'à 240 gouttes, fut continué jusqu'au trentième jour de son administration inclusivement, celui où la guérison nous parut complète, sauf une petite toux sèche, qui céda ensuite à l'application d'un cautère au bras.

Le second malade que nous avons soumis à la même médication était un jeune homme de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, cultivateur, domicilié à Bessan (Hérault).

Quand nous le vîmes pour la première fois, il y a un an et demi,

il était au lit depuis un mois, et ne prenait depuis lors pour toute nourriture et tout remède, que du lait, de la tisane de veau, et des loochs. Nous observâmes les symptômes suivants : amaigrissement, fièvre continue avec redoublement, sueurs nocturnes, râle caverneux dans la région sous-clavière du côté droit, expectoration purulente, pommettes rouges, sommeil agité et anorexie.

De suite, nous fîmes remplacer la tisane par celle de lichen d'Islande non privé de son principe amer. Le lait fut également supprimé et remplacé par des potages ordinaires. Nous prescrivîmes, comme pour Bonnal, la teinture de digitale à dose croissante et établîmes, au moyen de la pommade stibiée, une révulsion sur l'épigastre pendant tout le traitement.

Dès la fin du troisième jour, notre malade dormait mieux, la toux étant moins fréquente. Le cinquième, il demandait, outre les potages, des salaisons qu'il mangeait avec plaisir. Le septième, il eut assez d'appétit pour manger quoi que ce fût. Mais depuis lors, sa nourriture ne consista presque uniquement qu'en volaille ou gibier rôtis. Comme Bonnal, il buvait toujours un peu de vin à ses repas. Vers le seizième, la respiration était bien meilleure, et les crachats beaucoup moins abondants. Les redoublements et les sueurs avaient cessé.

La teinture fut augmentée jusqu'à 200 gouttes, et son emploi discontinué le vingt-huitième jour, tout phénomène morbide ayant disparu.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la digitale diminua considérablement la fréquence du pouls, et ne détermina aucun symptôme d'irritation gastro-intestinale.

Ces deux observations, réunies à d'autres qui ont été publiées dans le temps, nous ont fait penser que la teinture de digitale à haute dose pourrait jouir d'une grande efficacité dans certains cas de phthisie pulmonaire. A. Faure, D. M.

(à Hyde).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Méningite arrivée à la période de compression. — Emploi des onctions d'onguent mercuriel et d'énergiques révulsifs.—Guérison. — L'étude spéciale d'un médicament ou d'une médication exige que le moyen à juger soit employé seul. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une maladie qui paraît grave. La réunion de plusieurs agents ne cesse pas, dans ce cas, d'être rationuelle ; elle est même alors souvent nécessaire pour augmenter les chances du succès. L'observation suivante confirme cette manière de voir. Nous faisions connaître,

dans un de nos derniers numéros, les avantages des onctions mercurielles sur le crâne, dans les affections encéphaliques graves ; en voici un nouvel exemple qui, probablement, ne manquera pas d'intéresser nos lecteurs, bien que d'autres moyens aient été ajoutés aux onctions mercurielles. On pensera sans doute avec nous que cette médication compliquée, mais convergeant vers un même but, n'a fait qu'assurer le succès du traitement.

Un cordonnier, nommé Henri Germinal, âgé de cinquante-cinq ans, d'une forte constitution, boit en excès le 14 avril, et se livre à une rixe dans laquelle il reçoit bon nombre de contusions sur diverses parties du corps, et notamment un coup de pied entre les sourcils. Néanmoins il peut rentrer chez lui ; mais, le lendemain, il est pris de délire. Ne recevant, à ce qu'il paraît, aucun soin, ses voisins l'apportent, huit jours après, à l'Hôtel-Dieu, sans donner sur lui de renseignements, et on le couche au numéro 12 de la salle Saint-Benjamin.

Le lendemain, 24 avril, nous le trouvons sans connaissance. Les pupilles conservent de la mobilité, l'ouïe est extrêmement affaiblie, l'intelligence nulle ; à peine le malade répond-il quelques mots vagues aux questions qu'on lui adresse. Ses membres, en état complet de résolution, sont insensibles aux pincements qu'on exerce ; la peau est plutôt froide que chaude ; le pouls, non fébrile, donne soixante-douze battements ; la langue est pâle, le ventre indolent, l'écoulement de l'urine involontaire. On diagnostique un épanchement encéphalique séreux ou purulent, soit ventriculaire, soit sous-arachnoïdien ; et M. Martin Solon se propose d'en favoriser la résorption à l'aide des moyens les plus efficaces. En conséquence, il prescrit de raser la tête et de tenir toute la surface du crâne couverte d'une couche d'onguent napolitain de deux millimètres d'épaisseur ; de faire prendre 60 centigrammes de calomel en poudre, et, immédiatement après, 30 grammes de sirop de nerprun ; de mettre un vésicatoire à la nuque, et, l'après-midi, des sinapismes aux membres inférieurs ; limonade.

Le 25, agitation pendant la nuit ; le matin, même état que la veille ; on réitère la prescription, moins le vésicatoire.

Le 26, la résolution des membres est un peu moindre ; mais les facultés intellectuelles sont encore complétement nulles.

Le 27, la salivation semble s'établir ; le malade est moins étranger à ce qui se passe autour de lui ; ses yeux commencent à suivre les mouvements des mains. Frictions mercurielles, lavement purgatif.

Le 28. Les mouvements des membres sont un peu plus prononcés, la somnolence est moindre, la salivation considérable. On touche les gencives avec un collutoire composé de quatre parties de miel rosat et d'une

d'acide hydrochlorique ; on enlève ce qui reste de la couche d'onguent napolitain avec des lotions d'eau de savon ; on passe un séton au col, le vésicatoire étant presque sec, et l'on remplace le calomel à l'intérieur par la potion purgative ancienne (médecine noire).

Le 29. Point d'effet purgatif. La connaissance commence à se rétablir, et l'amélioration à devenir des plus évidentes. Limonade.

Le 30. Dévoiement très-abondant ; le malade reprend connaissance.

Pendant les jours suivants la sensibilité, le mouvement et les facultés intellectuelles se rétablissent graduellement ; le dévoiement se calme en quelques jours. Des potages, puis des aliments successivement plus nourrissants sont accordés. Bientôt le malade peut marcher.

Le 20 mai, sa santé est satisfaisante et lui permettrait de sortir de l'hôpital. Ses facultés intellectuelles sont entières, et ses cheveux ont déjà la longueur suffisante de la coiffure *à la malcontent*.

Ophthalmie purulente. — Emploi du nitrate d'argent à haute dose. — On amène à l'hôpital Necker (salle Sainte-Thérèse, n° 6 bis), un enfant, âgé de dix-huit jours, né à l'hospice de la Maternité. Sa mère était atteinte de fièvre puerpérale ; l'enfant était devenu malade en même temps que la mère. Ses deux yeux étaient tuméfiés, rouges ; les paupières gonflées, et comme infiltrées de sérosité, étaient fortement rapprochées l'une de l'autre et laissaient suinter un liquide purulent, jaunâtre, épais, extrêmement abondant. En relevant la paupière supérieure et abaissant l'inférieure, ce qui provoquait des cris violents de la part de l'enfant, on trouvait accumulée sous les paupières une assez grande quantité de pus. La conjonctive était comme boursouflée, rouge, saignant facilement ; dans quelques points, elle semblait recouverte d'une exsudation comme couenneuse, grisâtre. Il était impossible de constater l'état de la cornée transparente. La mère ne s'était aperçue que depuis huit jours environ du début de la maladie.

On prescrit la solution suivante :

Nitrate d'argent cristallisé. . . . . . 5 grammes.
Eau distillée. . . . . 30 grammes.

dont on imbibe un pinceau qu'on passe matin et soir sur les paupières après avoir lavé l'œil.

Le lendemain, la suppuration est un peu moindre, ainsi que le gonflement des paupières. Mais le pus est toujours épais et jaunâtre, et la conjonctive d'un rouge violacé. On renouvelle matin et soir les applications avec le pinceau chargé de la solution de nitrate d'argent.

Le troisième jour, le gonflement des paupières a beaucoup diminué,

la suppuration est moins abondante et moins épaisse, la conjonctive moins rouge. L'enfant a essayé spontanément d'entr'ouvrir les paupières, ce qu'il n'avait pas fait jusqu'à présent : on continue la médication.

L'amélioration persiste et se prononce davantage le quatrième et le cinquième jour ; la suppuration diminue de plus en plus et finit par se tarir.

Le sixième jour, la guérison est complète ; l'enfant ouvre largement les yeux, la cornée transparente est parfaitement saine, ainsi que les autres parties de l'œil ; il ne reste qu'un peu de rougeur des conjonctives et un peu de larmoiement. La santé générale est d'ailleurs très-bonne.

On voit par ce fait avec quel avantage on peut recourir à des doses assez élevées de nitrate d'argent, dans les cas d'ophthalmie purulente. Si l'on songe à la gravité de cette affection, qui souvent entraîne avec une effrayante rapidité la fonte purulente du globe de l'œil, ou tout au moins une suppuration de la cornée, et des accidents qui produisent la perte absolue et irrévocable de la vision, on comprendra facilement comment on ne doit pas hésiter à recourir à une médication énergique. Le nitrate d'argent a d'ailleurs cela de précieux qu'il peut être employé impunément à très-haute dose, sans déterminer des accidents graves. Son innocuité dans ce sens est telle que, dans les cas où l'emploi de la solution dans les proportions que nous avons indiquées ne serait pas rapidement suivi d'une notable amélioration, on ne devrait pas craindre de porter, sur la conjonctive enflammée et suppurant, du nitrate d'argent pur, au moyen d'un crayon de nitrate d'argent fondu ; c'est une pratique à laquelle nous avons vu souvent M. Jobert avoir recours, avec le plus grand succès, dans les cas, non moins graves, d'ophthalmie blennorrhagique.

Des Purgatifs dans la variole. — L'expérience a démontré, d'une part, que les évacuations intestinales spontanées exercent une influence favorable sur la marche de la variole ; et, de l'autre, qu'il est souvent utile de provoquer artificiellement ces évacuations, dans la même maladie, quand il existe une constipation opiniâtre coïncidant surtout avec des accidents cérébraux. Il s'en faut bien, cependant, qu'il faille considérer comme une vérité absolue ces deux règles posées par une saine pratique. Il est bien évident, d'abord, que quand les évacuations spontanées, observées dans la variole, sont l'expression d'une véritable inflammation intestinale, ces évacuations offrent tout le danger d'une phlegmasie compliquée avec une maladie déjà si grave par elle-même, et doivent être combattues suivant les règles de l'art. D'un autre côté,

ce serait s'exposer à de graves mécomptes que de combattre, dans tous les cas, et à toutes les périodes de la maladie, la constipation lorsqu'elle coexiste avec quelques accidents cérébraux. Cette constipation se lie parfois à une inflammation commençante, soit de l'estomac, soit de l'instestin grêle ; et, lorsqu'il en est ainsi, il est bien clair qu'il serait dangereux d'avoir recours aux purgatifs pour s'opposer à une lésion qui les contre-indique formellement. Ces réflexions nous sont suggérées par un cas malheureux que nous venons d'observer, et que nous allons rapporter brièvement. Le nommé Grimolde, soldat de ligne, âgé de vingt-quatre ans, et n'ayant pas été vacciné, est atteint d'une variole confluente, dont les prodromes, outre la fièvre primaire, et la rachialgie, ont surtout consisté en de nombreux et fréquents vomissements. Nous espérions que ces vomissements finiraient dès que l'éruption aurait paru, mais il n'en fut pas tout à fait ainsi : ils diminuèrent seulement et ne disparurent pas. En même temps que ce symptôme atténué continuait à faire souffrir le malade, il existait une constipation opiniâtre, que nous résolûmes de faire cesser. Dans cette vue, un verre d'eau de Sedlitz fut prescrit : les vomissements augmentèrent pour ne plus cesser désormais. L'estomac qui, jusque-là, avait paru indolent, devint douloureux ; la pression augmentait cette douleur d'une manière notable ; la langue était sèche, quoique peu rouge. Nous prescrivîmes douze sangsues à la région épigastrique, des cataplasmes. Le sang coula abondamment. Grimolde se sentit soulagé ; les forces ne fléchirent pas ; cependant les vomissements continuèrent. L'éruption, malgré les accidents, poursuivait sa marche ordinaire ; la période de suppuration était arrivée ; à la face même, la desquamation commençait, quand le malade mourut subitement.

Ce mode de terminaison de la variole n'est point rare. Les auteurs ont cherché à s'en rendre compte. Telle est la soudaineté avec laquelle la mort arrive parfois alors, que quelques-uns ont supposé que les malades, dans ces cas, succombaient à une véritable asphyxie, déterminée par la rupture des pustules purulentes de la trachée ; mais les recherches cadavériques n'ont point confirmé cette vue : le fait reste, mals inexpliqué. Dans le cas que nous venons de rapporter, nous n'avons rien observé qui puisse nous mettre sur la voie de cette explication. Nous n'avons remarqué qu'une chose, c'est que, dès le début de la maladie, Grimolde a eu le pressentiment de sa fin. Des faits de ce genre, religieusement médités, doivent conduire le médecin à être excessivement réservé dans l'emploi d'une médication active. Il y a, dans beaucoup de maladies, mais surtout dans les affections exanthématiques, une régularité de marche, une loi d'évolution morbide qu'il faut savoir

respecter. Il faut que l'on soit bien sûr des indications qu'il se propose de remplir dans ces cas, pour substituer les perturbations toujours un peu chanceuses de la thérapeutique au développement régulier du mal. Nous disons que cette règle de conduite doit diriger le médecin dans toutes les affections exanthématiques, mais elle doit surtout le diriger dans la variole, dont les chances funestes se compliquent du mystère d'une mort subite, sur les causes de laquelle les recherches les plus attentives n'ont jeté jusqu'ici aucune lumière.

Bronchite gangréneuse. — Bons effets des fumigations chlorurées.—Le nommé Guette, âgé de trente ans, d'une assez bonne constitution, commis marchand, non occupé, est pris, pendant le mois de janvier, de rhume sans expectoration sanguine, ni douleur de côté ; il se soigne peu, n'en ayant pas le moyen ; s'aperçoit, au commencement de février, que son haleine exhale une odeur fétide, et se décide, le 14 de ce mois, à entrer à l'Hôtel-Dieu. On le place au n° 13 de la salle Saint-Lazare. Nous voyons le malade le lendemain. Il est pâle et amaigri ; nous sommes frappé, étant encore éloigné de deux ou trois pas de son lit, de l'odeur de gangrène qui l'environne. Le crachoir est le foyer de cette odeur ; l'expectoration qu'il contient est d'une fétidité insupportable, de couleur grisâtre, avec l'aspect du muco-pus de consistance diffluente, un peu homogène, n'adhérant point au vase, que le malade est obligé de vider deux fois par jour. Le son du thorax est généralement obscur, surtout au-dessous des régions sous-claviculaires ; l'auscultation ne fait entendre ni œgophonie, ni bronchophonie, mais une expansion pulmonaire très-incomplète partout, accompagnée de râle sous-crépitant, doux et muqueux, non sibilant ; la gorge et le larynx paraissent sains ; l'expectoration est chaque fois peu abondante, mais fréquemment répétée ; la chaleur de la peau est modérée, le pouls a 78 battements; l'appareil digestif est dans un état satisfaisant. Le soir, il existe une exacerbation fébrile assez marquée, une toux fatigante et de l'insomnie. On diagnostique une trachéo-bronchite générale, avec dégénérescence gangréneuse superficielle de quelques points de la membrane muqueuse, et l'on prescrit la tisane pectorale, un julep béchique avec sirop diacode et des potages.

Le lendemain, on trouve le malade dans le même état. M. Martin Solon, se rappelant les bons effets de certains agents portés directement sur la muqueuse des voies aériennes dans certaines affections de ces parties, propose de faire respirer au malade de l'air chargé de vapeur de chlore, en mettant dans un flacon de Woulf, à tube convenablement courbé, 5 à 600 grammes de décoction de racine de guimauve, d'une tempéra-

ture de 35 à 40 degrés, additionnée de 50 à 100 grammes de chlorure de chaux liquide, selon que le malade pourra le supporter ; 30 grammes de chlorure de chaux liquide sont ajoutés à la tisane.

Quelques jours après la continuation de ces fumigations, répétées trois fois par jour pendant un quart d'heure, l'expectoration a perdu son odeur en grande partie, mais elle la reprend dès que l'on cesse les fumigations. Voyez l'article *Vapeur* du Dict. de méd. pratiq.

28 février, l'expectoration exhale à peine son odeur fétide ; elle conserve son aspect diffluent ; les nuits sont moins pénibles ; le malade mange le demi-quart ; on continue les fumigations, en portant le chlorure à 150 grammes, et l'on ajoute à la prescription l'usage de 30 grammes d'eau de goudron, que l'on élève graduellement à 60, matin et soir.

Pendant l'emploi des fumigations et de l'eau de goudron continués tout le mois de mars, le tissu pulmonaire devient plus perméable à l'air, l'expectoration diminue de quantité, perd complétement son odeur gangréneuse, mais conserve encore sa diffluence. L'émaciation est moindre ; le malade mange deux cinquièmes.

Le 15 avril. Les forces reviennent ; le malade se lève et se promène, tousse peu, expectore cependant encore le quart d'un crachoir. L'expectoration, entièrement inodore, est moins diffluente et semble formée d'un liquide gommeux, peu épais, dans lequel nageraient de longs flocons blanchâtres non spumeux. On cesse les fumigations et on remplace l'eau de goudron par les pilules de semences de phellandrium. On les fait composer de 10 centigrammes de poudre de ces semences et d'autant de thridace. On en donne d'abord une matin et soir, puis une dans la journée ; enfin on élève graduellement chaque dose à 3, 9 pilules dans les vingt-quatre heures. Les aliments sont continués en suffisante quantité.

Sous l'influence de ce traitement la santé se rétablit ; l'expectoration, bien que réduite à 80 ou 100 grammes dans les vingt-quatre heures, ne reprend qu'imparfaitement l'aspect d'un mucus spumeux et de bonne nature, et Guette sort de l'Hôtel-Dieu le 8 mai, désirant passer quelques semaines à la campagne avant de reprendre ses occupations.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCLIMATEMENT *de la population française en Algérie.* — Une des plus hautes questions que la médecine sociale et l'hygiène soient appelées à résoudre est la question de l'acclimatement collectif. Tous les physiologistes sont d'accord sur la faculté cosmopolite de l'homme, con-

sidéré individuellement; mais il n'en est pas de même en ce qui concerne l'acclimatement d'une génération ou d'une population entière en état d'émigration. Quelques médecins contestent qu'une race puisse s'établir et se perpétuer sous un climat différent de celui où elle a pris naissance. On comprendra aisément l'importance d'une pareille question, dont la solution doit décider du sort et de l'avenir de notre colonie d'Afrique. Or, c'est précisément à l'aide des faits observés en Afrique depuis la possession, qu'un de nos plus habiles médecins hygiénistes de l'armée, M. le docteur Boudin, dans une communication faite récemment à l'Académie de médecine, a cherché à soutenir la thèse du non-acclimatement, et à démontrer l'inanité des efforts tentés jusqu'à présent pour coloniser l'Algérie. Les documents sur lesquels s'appuie M. Boudin, en admettant qu'ils ne justifient pas entièrement ses conclusions, sont trop importantes, néanmoins, pour que nous ne croyions pas devoir reproduire sommairement les principaux d'entre eux.

Depuis 1830, l'Algérie, dit M. le docteur Boudin, a englouti plus de 1400 millions; elle a donné la mort à plus de 100,000 soldats. Son armée, parvenue à un effectif de 100,000 hommes, éprouve, sous le seul empire du climat, une mortalité annuelle de 7,000 combattants; elle demande chaque année un fils à plus de 20,000 familles. Après dix-huit ans d'efforts inouïs, l'Algérie ne compte pas même 10,000 cultivateurs. L'année de travail s'y trouve réduite, par les maladies, à moins de onze mois. En comparant la mortalité de la population civile en France, où la proportion des vieillards est considérable, avec celle de l'Algérie, l'auteur trouve pour la première un peu moins de 24 décès sur 1,000 habitants, tandis qu'en Algérie, il a constaté une mortalité moyenne de 48 pour 1,000 dans la population civile, c'est-à-dire double de celle de la même population en France; la mortalité du soldat y est huit fois plus considérable que celle de l'homme du même âge vivant en France dans la vie civile. Il a constaté, enfin, un accroissement du chiffre des pertes des Européens sous l'empire de la prolongation du séjour. La conclusion que M. Boudin tire de ces faits, c'est que l'acclimatement de la race européenne en Afrique est impossible, et que les projets de colonisation doivent être à jamais abandonnés.

Cette conclusion a été vivement attaquée. Tout en reconnaissant l'exactitude des documents sur lesquels elle repose, on a adressé contre le système d'abandon de nombreuses objections, dont la plupart méritent une sérieuse attention. Sans se préoccuper des considérations économiques et politiques qui peuvent militer en faveur de la conservation, un de nos jeunes confrères, qui a su mettre à profit un long séjour en Afrique pour étudier toutes les questions d'hygiène qui intéressent l'armée et la colonie, M. le docteur Jacquot a objecté, avec un grand sens, suivant nous, qu'une période de dix-huit ans n'est pas suffisante pour qu'une population nouvelle ait acquis une innocuité complète par rapport aux influences climatologiques contraires; que, par conséquent, les faits observés en Afrique ne sauraient suffire, quant à présent, pour autoriser à désespérer de l'acclimatement et de l'avenir d'une colonie européenne en Afrique. D'un autre côté, tandis que M. Boudin a pris les faits en bloc et déduit du chiffre de mortalité l'influence pernicieuse du climat, sans distinction des divers éléments du problème, M. Jacquot, portant l'analyse sur ces éléments complexes, et faisant la part des conditions *essentielles* du pays, et des conditions *accidentelles* ou simplement *temporaires*, qu'il peut dépendre de l'homme de faire cesser, a singulièrement simplifié la question, qu'il a ramenée à deux termes, savoir: d'une part, la possibilité d'acquérir par le temps, par la succession des modifications que les influences nouvelles amènent dans l'organisme, et le croisement des races, une immunité plus ou moins complète vis-à-vis des influences climatologiques essentielles que l'homme ne peut changer; d'autre part, la possibilité de detruire, par des travaux appropriés, les conditions accidentelles d'insalubrité (les marais), qui sont, suivant lui, la cause la plus manifeste de la plus grande mortalité en Afrique. D'où une conclusion toute différente de celle de M. Boudin.

Nous ne sommes évidemment pas en mesure de nous prononcer entre les deux honorables médecins dont

nous venons de reproduire l'opinion sur cette grave question. Mais nous avons cru devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les faits et les arguments principaux invoqués de part et d'autre, dans un débat qui intéresse au plus haut degré l'avenir de l'Algérie. Nous le faisons surtout en vue d'appeler sur cet important sujet l'attention et l'étude sérieuse de ceux de nos confrères qui sont à même de puiser sur les lieux de nouveaux documents, et d'apporter le tribut de leurs lumières à la solution d'une question qui se rattache à la fois aux plus graves intérêts du pays et à l'une des plus belles questions de physiologie humaine.

ACONIT NAPEL. *Effets thérapeutiques de son application externe.* Nous ne sachons pas que personne, jusqu'ici, ait eu l'idée d'employer l'aconit napel sous forme topique. Cette idée a été suscitée à M. le docteur Grantham par la circonstance que voici : soignant un malade affecté d'une de ces ulcérations d'aspect gangréneux et phagédénique, qui surviennent chez les sujets à diathèse goutteuse, ulcérations douloureuses, malaisées à soulager, et encore plus lentes à guérir, M. Grantham se voyait réduit à renoncer à en obtenir la cure, lorsqu'il songea à l'emploi topique de l'aconit napel. Après avoir essayé successivement plusieurs modes d'application, voici celui auquel il s'est arrêté : cueillir les racines, les tiges et les feuilles de la plante en fleur, et les faire sécher à l'ombre; faire une infusion de toute la plante; vider ensuite le liquide, et faire avec lui et du pain un cataplasme qu'on applique sur la partie malade, aussi chaud qu'elle peut le supporter. Le cataplasme doit être recouvert d'ouate pour être conservé chaud, et renouvelé fréquemment. La chaleur du membre doit être soigneusement maintenue.

M. Grantham avertit que ce traitement local, qu'il affirme avoir employé avec succès dans les cas précités, ainsi que contre les ulcérations à caractère sphacéleux des régions variqueuses, ne dispense pas d'employer concurremment la médication interne appropriée à la diathèse arthritique. (*Lond. med. Gaz.*, et *Gaz. méd.*, mai 1848.)

ANASARQUE (*Traitement de l'*) *et de certaines hydropisies ascites par l'évacuation des sérosités au moyen des ouvertures faites à la peau. Procédé particulier.* M. le docteur Lombard, de Liége, appelle l'attention des praticiens sur les évacuations sérenses à travers des ouvertures faites à la peau des membres, non-seulement pour dissiper l'anasarque, mais même pour combattre l'ascite concomitante. Dans quatre cas, en effet, il a vu et fait voir aux élèves de sa clinique l'ascite se dissiper avec l'anasarque par des incisions pratiquées convenablement à la peau des extrémités inférieures. Mais il importe de savoir, surtout, dans quel cas l'ascite se dissipe avec l'anasarque, et dans quels autres elle n'est pas susceptible de se dissiper. M. Lombard a remarqué que l'ascite disparaît avec l'anasarque quand elle lui est consécutive, quand elle ne dépend pas d'une cause dont le siége est dans l'abdomen, excepté toutefois celle survenant dans l'anévrysme de l'aorte ventrale, qui se range sous cette loi. L'auteur se croit autorisé à pouvoir ranger sous la même loi les ascites qui apparaissent dans l'albuminurie, l'anémie, les divers états cachectiques, enfin, qui sont le résultat, ou d'une altération du sang, ou de causes générales.

Comment doivent être faites ces émissions? Personne n'ignore que ce qui a contribué en grande partie à l'abandon de la pratique des scarifications, c'est la crainte trop souvent fondée de la gangrène, des érysipèles gangréneux, et des ulcérations plus ou moins rebelles qui en sont la suite. M. Lombard pense qu'on peut éviter aisément tous ces accidents, et obtenir tous les avantages que l'on attendait des scarifications, sans en avoir les inconvénients, en modifiant de la manière suivante le mode de procéder : d'abord, en s'y prenant en temps opportun, c'est-à-dire avant que la peau, distendue depuis longtemps, ait perdu sa vitalité, et qu'elle soit altérée, par conséquent beaucoup plus tôt qu'on ne le faisait communément; en second lieu, en pratiquant, au lieu de simples mouchetures, des incisions profondes (allant jusqu'à l'aponévrose) d'un centimètre de longueur, au nombre de quatre ou cinq pour chaque jambe, séparées les unes des autres par un espace de plusieurs pouces, et faites, autant que possible, aux parties déclives; enfin, en obtenant une effusion rapide par la position. Il est de stricte

nécessité, pour remplir cette dernière indication, que le malade se couche le moins possible jusqu'à évacuation complète des sérosités. Dans la position debout, ou assise, près d'un poêle, par exemple, les pieds nus et appuyés sur des linges, l'écoulement ne tarit que lorsque les membres sont entièrement dégorgés. Le dégorgement opéré, M. Lombard fait comprimer à l'aide d'une bande roulée. Il a toujours observé qu'à la suite de ces précautions, la peau revient promptement sur elle-même, et que les incisions se cicatrisent par première intention.

Le procédé préconisé par M. Lombard nous paraît mériter à tous égards d'être pris en sérieuse considération par les praticiens. (*Gaz. des Hôp.*, mai 1848.)

BOISSONS FORTES. *Leur influence sur la santé et sur la force physique.* Pendant que notre gouvernement provisoire, mû par un honorable sentiment de philanthropie et d'intérêt pour les classes ouvrières, rend un décret qui devra avoir pour effet d'abaisser le prix du vin et de rendre l'usage de cette boisson plus accessible à la classe pauvre, l'Académie de Belgique, mue par le même sentiment, mais inspirée par un ordre d'idées toutes différentes sur l'utilité et l'influence favorable des boissons alcooliques, invite, par l'organe d'un de ses rapporteurs, le gouvernement belge à soumettre les boissons fortes à des droits plus élevés et à limiter le nombre des débits, en n'admettant que rarement et à des conditions rigoureuses l'autorisation d'en établir de nouveaux.

Les faits et les motifs sur lesquels se fonde ce conseil sont trop curieux et trop importants pour que nous ne croyions pas devoir les exposer ici.

Un médecin hollandais, M. le docteur Huydecooper, frappé des graves inconvénients de l'abus des boissons fortes et des funestes conséquences qu'elles entraînent dans l'état moral et sanitaire des populations du Nord, s'est livré à des recherches ayant pour but de déterminer s'il est vrai, ainsi qu'on le pense généralement, que dans les climats humides et variables, les boissons fortes peuvent être réellement nécessaires à l'homme livré à de rudes travaux, aux militaires pendant les exercices, etc.

L'expérience, dit-il, a prouvé que l'homme n'a pas besoin de l'excitation des boissons enivrantes, tant pour les travaux que pour les fêtes. Partout où l'abolition fait du progrès, ceux qui renoncent aux boissons fortes sentent insensiblement l'augmentation de leurs forces et l'amélioration de leur santé. Dans les maisons de correction d'Allemagne, où l'on renferme les ivrognes par centaines, en les astreignant à une abstinence absolue, on n'a jamais observé des effets nuisibles. Il en a été de même dans les colonies de bienfaisance de la Hollande. Les colons qui étaient habitués à des excès de boisson n'ont senti aucun inconvénient de l'abstention; tous se félicitèrent de jouir d'une meilleure santé, tout en se livrant à des travaux plus rudes auxquels ils n'étaient pas habitués. Toutefois l'auteur ne s'en est pas tenu à ces faits d'une notoriété en quelque sorte publique; il a voulu les confirmer par une expérience directe.

Voici quel a été le résultat des faits qu'il a constatés. Un relevé de l'état sanitaire d'un corps d'armée, dont une moitié a reçu une ration journalière de boissons fortes, et l'autre moitié en a été entièrement privée, pendant toute la durée d'une saison de manœuvres, lui a donné les rapports suivants :

Sur quatre corps de troupes auxquels furent distribuées les boissons fortes, deux ont donné la proportion de 1 malade sur 44, le troisième de 1 sur 29, le quatrième de 1 sur 46.

De trois corps qui se sont abstenus de boissons fortes, le premier n'a eu que 1 malade sur 116; le deuxième 1 sur 60; le troisième 1 sur 158. — D'où l'auteur conclut que l'homme n'a pas besoin de l'excitation des boissons enivrantes pour se livrer au travaux du corps. Ces chiffres viennent, en effet, donner un nouvel appui à l'opinion des médecins et des économistes qui se sont voués au grand œuvre de l'*abolition* et à la propagation des sociétés de tempérance. Faut-il conclure de ces faits, que les mesures proposées en France, loin d'atteindre le but philanthropique qu'on se propose, ne devraient avoir que des conséquences funestes, analogues à celles qui sont signalées par le médecin hollandais? Nous ferons remarquer qu'il n'y a pas parité dans les deux cas. Les boissons dont les habitants du Nord font un si déplorable abus et qui font l'objet de l'interdiction demandée en Belgique, sont l'eau-

de-vie, le genièvre, substances essentiellement malfaisantes; tandis que le décret du gouvernement ne s'applique qu'aux vins seulement. Cependant, tout en reconnaissant qu'il n'y a pas identité au fond dans l'objet des deux mesures en question, il y a néanmoins dans les faits que nous venons de rapporter de graves motifs d'engager l'autorité, avant de rendre exécutif le décret dont il s'agit, de prémunir nos populations contre les dangers auxquels pourrait conduire un abus d'autant plus imminent qu'il sera rendu plus facile. (*Compte-rendu des séances de l'Académie de Médecine de Belgique.*)

CHORÉE *dite* **SCROFULEUSE**, *traitée par l'iodure de potassium.* On ne voit pas trop, au premier abord, quel lien étiologique et quel rapport nosologique font ainsi rapprocher sous une dénomination commune deux affections qui ont paru jusqu'à présent si complétement indépendantes l'une de l'autre, et ce qui justifie l'emploi, contre l'une d'elles, d'une médication exclusivement appropriée à l'autre. Nous répondrons à cela qu'il ne s'agit pas d'une théorie, mais d'un fait. Le fait, le voici : M. le docteur Muller, de Bernwiller (Haut-Rhin), avait déjà plusieurs fois observé des malades chez lesquels la chorée et la scrofule avaient paru se développer simultanément et suivre une marche parallèlement progressive, telle que les deux affections semblaient être intimement unies et dépendre entièrement l'une de l'autre. Ayant eu depuis l'occasion d'observer deux cas semblables, il a eu l'idée d'administrer à ces deux malades l'iodure de potassium, dont le succès semble avoir dépassé son attente. Le premier de ces deux cas a rapport à une jeune fille de douze ans, scrofuleuse, affectée depuis une douzaine de jours de chorée, et qui ne se présenta à lui que lorsqu'elle ne put plus porter la cuiller à la bouche, ni tenir la jambe tranquille. Trente-deux jours de traitement et 32 grammes d'iodure de potassium firent justice des accès choréiques. Dès le huitième jour, la malade avait récupéré la faculté de se servir de son bras pour manger.

Le deuxième cas s'est présenté chez une jeune fille de dix ans. Dès les premiers jours, les symptômes consistaient en des mouvements involontaires des extrémités gauches, et en des mouvements rapides de la tête vers l'épaule gauche. Cette enfant était également scrofuleuse. La guérison s'est opérée d'une manière graduelle et sensible, dans l'espace de vingt-deux jours, avec 19 grammes d'iodure de potassium.

Faut-il, comme le pense l'auteur, admettre une nouvelle espèce de chorée que l'on appellera comme lui *chorée scrofuleuse*, et dont l'iodure de potassium serait le remède en quelque sorte spécifique, ou bien ne voir dans les faits qu'il rapporte qu'une simple coïncidence? Dans le doute, nous nous bornons à faire un appel aux praticiens pour qu'ils essayent le moyen préconisé par M. Muller, s'ils rencontraient des cas semblables. (*Compte-rendu de l'Acad. de méd.*, mai 1848.)

COLIQUE VÉGÉTALE *guérie par l'emploi de l'huile de croton.* La maladie désignée sous le nom de colique végétale, colique de Madrid, du Devonshire, du Poitou, etc., est-elle réellement due, comme le pensent la plupart des auteurs, à l'usage de certaines boissons (cidre, poiré, vin, etc.), ou ne serait-elle pas plutôt occasionnée par les sels de plomb qui se trouvent souvent mélangés à ce liquide? En d'autres termes, la colique végétale est-elle réellement différente et distincte de la colique de plomb, ou ces deux affections sont-elles parfaitement identiques? Ou bien, enfin, la colique végétale serait-elle étrangère à l'une et à l'autre de ces causes, et due à l'influence du froid et de l'humidité? Telles sont les questions que M. Valleix, notre honorable collaborateur, a été conduit à examiner par l'observation de deux cas simultanés de colique chez deux personnes placées dans les mêmes conditions de régime, et buvant toutes deux habituellement du cidre de mauvaise qualité. Avant d'exposer l'opinion de l'auteur sur ces questions d'étiologie encore fort obscures, disons un mot des deux faits qui font le sujet de son travail.

Le premier de ces deux sujets était une femme qui éprouvait, depuis quelques jours, des coliques d'abord sourdes et rares, puis, plus vives et presque continuelles; depuis trois ou quatre jours, les selles étaient supprimées et les urines rares et épaisses; l'appétit nul, la soif vive. Vomissements fréquents, soit des boissons immédiatement après leur in-

gestion, soit d'une certaine quantité de bile; sentiment de tension et de plénitude dans la région épigastrique; agitation, insomnie, enfin, ictère fébrile avec des signes d'inflammation du foie, se manifestant après quelques jours de durée de la maladie. Il faut ajouter que cette femme était enceinte; l'état de grossesse, tout en contribuant à rendre plus difficile le diagnostic de la maladie, s'opposa aussi à ce que le traitement pût être employé avec toute l'énergie convenable. Toutefois, ayant cru reconnaître, à ces symptômes, l'affection nerveuse désignée par les auteurs sous le nom de colique végétale, M. Valleix institua un traitement principalement composé de purgatifs et de calmants, et d'une application de quelques sangsues sur la région du foie.

Dans le second cas, les symptômes étaient les mêmes (à part la grossesse), mais élevés à un degré beaucoup plus grand d'intensité. Le traitement consiste dans l'emploi de purgatifs énergiques (huile de croton-tiglium, eau de Sedlitz, lavements purgatifs) et des préparations d'opium. L'auteur a remarqué que les calmants n'avaient eu qu'un effet palliatif peu notable; c'est aux purgatifs énergiques, à l'huile de croton en particulier, qu'il attribue l'amélioration rapide et la guérison définitive prompte qui ont eu lieu chez ce second malade; tandis que chez la première, la grossesse n'ayant pas permis de recourir à un traitement aussi énergique, l'amélioration avait été beaucoup plus lente, et la guérison s'était longtemps fait attendre.

M. Valleix s'étaye précisément sur cette circonstance de l'efficacité des drastiques dans les deux cas de colique végétale qu'il a eus à traiter, pour considérer cette affection comme de même nature au fond que la colique métallique, c'est-à-dire comme une névrose particulière, pouvant également être produite par l'une ou l'autre des diverses causes auxquelles on a alternativement attribué, soit l'action des boissons acerbes, soit la présence de litharge dans ces boissons, ou même l'influence du froid et de l'humidité.

Sans nous arrêter plus longtemps sur cette question de pathogénie dont M. Valleix ne prétend pas d'ailleurs avoir donné une solution définitive, nous nous bornerons à faire ressortir de ces deux faits le résultat pratique qu'ils renferment, savoir, l'efficacité des purgatifs drastiques contre les coliques nerveuses, quelle que soit d'ailleurs l'obscurité de leur cause. (*Union médicale*, mai 1848.)

ERUPTION FURONCULEUSE *rebelle, traitée par la liqueur de Fowler.* Se fondant sur les services que rend la liqueur de Fowler dans les affections cutanées eczémateuses et autres, M. le docteur Schweich a eu l'idée d'en essayer l'usage contre les éruptions furonculeuses rebelles, qui ne laissent pas que d'avoir une certaine gravité lorsque les furoncles viennent à se montrer sur un grand nombre de points à la fois. Il fait prendre au malade 4 gouttes de liqueur deux fois par jour, le matin et le soir. Lorsqu'il a ainsi consommé un gros de teinture, il en porte la dose à 5 gouttes pour le deuxième gros, après quoi un troisième est employé à la dose de 6 gouttes, deux fois par jour. Si, pendant ce traitement, des furoncles se montrent encore, ils ne tardent pas à disparaître, ainsi que les pustules d'ecthyma qui les accompagnent quelquefois. (*Casper's Wochenschief*, et *Revue médico-chirurgicale*, mai 1848.)

LUXATION *des os du métacarpe dans leur articulation carpo-métacarpienne.* La science ne possède encore aucun fait de luxation des quatre derniers os du métacarpe dans leur articulation avec le carpe, et les divers auteurs classiques s'accordent à considérer ce genre de luxation comme impossible, ou bien comme n'étant susceptible de se produire qu'avec des désordres tels de la main, que cette lésion ne serait que secondaire. Le fait suivant de luxation du troisième os du métacarpe de la main droite, que vient de faire connaître M. le docteur J. Roux, de Cherbourg, fait unique jusqu'à ce jour, paraîtra donc digne du plus grand intérêt, et devra, en comblant une lacune dans l'histoire des luxations, modifier les opinions admises par tous les pathologistes sur ce sujet.

Un jeune homme de vingt-trois ans entra à l'hôpital de la marine de Cherbourg pour une lésion de la main, produite par une explosion de mine; il y avait à la fois fracture directe du deuxième métacarpien et luxation en arrière du troisième dans son articulation carpo-méta-

carpienne. Voici à quels signes se révélait cette dernière lésion : *tumeur* dure, circonscrite et sous-cutanée, manifeste à l'œil et au toucher, correspondant à la région dorsale et moyenne du carpe, continue au troisième métacarpien, et susceptible d'une mobilité obscure, sous l'influence de tractions opérées sur cet os; tumeur permanente dans tous les mouvements imprimés à la main; *raccourcissement* du médius, rendu plus évident par la comparaison de sa longueur avec celle du même doigt de la main opposée; *inclinaison* de l'os, qui n'est plus sur le même plan que celui des autres métacarpiens. Ces signes, tous très-manifestes, malgré un gonflement considérable de la main, devinrent beaucoup plus apparents et plus faciles à apprécier le lendemain de l'accident, après que le gonflement eut été en partie dissipé.

Pour ramener à sa place ordinaire le métacarpien luxé, M. Roux essaya d'abord inutilement de presser fortement sur son extrémité carpienne, à l'aide de ses deux pouces arc-boutés contre cette extrémité, tandis que tous ses autres doigts se tenaient étroitement croisés dans la paume de la main du malade. Mais la luxation fut promptement réduite, dès que ce même effort eut été combiné avec une traction directe, opérée, par un aide, sur le doigt médius. La saillie osseuse s'effaça, en produisant un bruit particulier, et le doigt correspondant reprit sa longueur et sa direction normales. Alors, pour contenir l'os déplacé, le chirurgien crut qu'il était convenable de porter la main et le doigt malades dans l'extension; mais, à sa grande surprise, cette manœuvre fut immédiatement suivie de la réapparition de la luxation. Il réduisit de nouveau, et, cette fois, ayant porté et maintenu la main et les doigts dans une flexion modérée, le déplacement ne reparut plus.

Le malade ayant succombé à une lésion concomitante d'une plus grande gravité (fracture du crâne), voici les caractères anatomiques de la luxation en question, que M. le docteur Roux a eu l'occasion de constater :

L'extrémité carpienne du troisième os du métacarpe était entièrement sortie de sa mortaise et reposait sur la face dorsale du grand os; tous les ligaments de l'extrémité luxée étaient rompus, à l'exception d'un lambeau fibreux, qui la retenait encore très-lâchement au deuxième métacarpien. Le ligament glénoïdien, qui unit les extrémités phalangiennes des quatre métacarpiens, était brisé. Le tendon du deuxième radial externe était dans le relâchement. Le métacarpien luxé était, d'ailleurs, dans un état d'intégrité parfaite; on n'y voyait aucune trace de fracture. Le carpe du deuxième métacarpien était, au contraire, obliquement fracturé, et présentait un léger déplacement des fragments. Les ligaments de l'extrémité carpienne du quatrième os du métacarpe étaient presque entièrement rompus, de telle sorte que la luxation était imminente. Les métacarpiens du pouce, du petit doigt et les os du carpe n'étaient le siége d'aucune lésion.

Après avoir acquis ce fait clinique, qui établit d'une manière incontestable l'existence d'une luxation dont les auteurs avaient nié la possibilité, M. Roux a cherché à reproduire artificiellement le même fait sur des cadavres, pour en étudier les caractères pathologiques et le diagnostic différentiel. Il a reconnu que la luxation des quatre derniers métacarpiens (celle du métacarpien du pouce n'étant pas mise en question), peut avoir lieu en *avant* et en *arrière ;* le cinquième seul paraît susceptible d'un déplacement *latéral.*

La luxation en arrière est distinctement révélée par les signes suivants : *tumeur* dure, circonscrite, superficielle, manifeste à l'œil et au toucher, correspondant à la région dorsale et moyenne du carpe, continue au métacarpien, et susceptible d'une mobilité obscure sous l'influence de tractions opérées sur cet os; *raccourcissement* du doigt correspondant, rendu plus évident par la comparaison de sa longueur avec celle du même doigt de la main opposée; *inclinaison* de l'os, qui n'est plus sur le même plan que celui des autres métacarpiens.

La luxation *en avant* se reconnaît à un *enfoncement* très-prononcé sur la face dorsale de la main, au niveau de l'extrémité carpienne du métacarpien luxé; *raccourcissement* du doigt correspondant; *inclinaison* du métacarpien déplacé.

Les circonstances dans lesquelles ces deux espèces de luxations peu-

vent se produire, sont toutes des violences considérables, paraissant avoir d'autant plus d'action qu'elles agissent sur les premières phalanges des doigts, fortement fléchies, et dans la flexion extrême de la main sur l'avant-bras.

Quant au traitement, la réduction est des plus faciles; il suffit à l'opérateur de presser avec ses deux pouces sur l'extrémité luxée, tandis qu'un aide exerce, sur le doigt correspondant, une traction suffisante. Pour maintenir la luxation réduite, il faut assujettir la main sur une palette, de manière à éviter les mouvements de flexion ou d'extension qui, propagés jusque dans les métacarpiens, pourraient, dans quelques circonstances, en reproduire le déplacement, ainsi que cela a eu lieu chez le malade observé par M. Roux. (*Union médicale*, mai 1848.)

RIGIDITÉ DE LA MAIN, *après les fractures du radius.* Dans le traitement de toutes les fractures, il y a lieu de se préoccuper de la rigidité qui en est si souvent la conséquence dans les articulations voisines. Mais nulle ne réclame, sous ce rapport, une aussi grande sollicitude que la fracture de l'avant-bras. Pour prévenir sûrement cette rigidité, il importe surtout d'être bien fixé sur les circonstances principales qui concourent à la produire. C'est ce que M. Hervez de Chégoin s'est attaché à bien établir pour les fractures de l'avant-bras en particulier. L'immobilité prolongée du membre contribue, sans contredit, à cette rigidité; mais cette cause, commune d'ailleurs à toutes les fractures, n'est évidemment pas la seule, elle n'est même pas la plus active dans les fractures dont il s'agit. Il y a ici une circonstance particulière, inhérente à la constitution même des parties, et qui explique la fréquence et l'intensité plus grande de cet accident à la suite des fractures de l'avant-bras, comme sa plus grande gravité s'explique naturellement par la délicatesse des fonctions affectées à la main. En effet, dans aucune fracture, les pièces de l'appareil n'exercent sur l'extrémité des muscles, sur les tendons, sur les gaînes celluleuses ou synoviales qui les entourent, sur les coulisses qui leur donnent passage, une compression aussi directe, aussi immédiate; dans aucune, cette compression n'est aussi efficace pour faire naître des adhérences entre les différentes parties destinées à glisser les unes sur les autres. Telle est, suivant M. Hervez de Chégoin, la cause principale de la rigidité de la main et des doitgs, rigidité souvent invincible lorsqu'elle est entretenue par des adhérences, et à laquelle il a cherché à obvier. Dans tous les appareils nombreux imaginés pour la fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, on n'a eu qu'un but en vue, la consolidation aussi exacte que possible du fragment, et pour atteindre ce but, qu'un seul ordre de moyens, la compression sur le carpe et le métacarpe. Frappé du danger de tous ces appareils, pour la conservation des mouvements, M. Velpeau a pris le parti de n'en appliquer aucun; mais, bien que les malades aient, en réalité, moins à se plaindre de cet abandon que de la compression, M. Hervez de Chégoin a pensé toutefois que de ces deux indications, le maintien de la réduction et la conservation de l'intégrité des mouvements, il importait de n'en négliger aucune. Or, voici avec quels moyens simples il parvient à les remplir simultanément.

« La réduction, dit M. Hervez de Chégoin, est quelquefois si facile et se maintient si bien, qu'on est autorisé à la tenter. Dans ces cas, on laisserait la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras appuyée sur un plan un peu solide, sans aucun appareil, que la guérison s'opérerait aussi parfaitement que possible.

Dans les cas où la réduction demanderait des efforts douloureux, on peut encore l'obtenir progressivement, sans compression et sans appareil extensif.

Dans tous les cas, dans le premier pour maintenir, dans les autres pour opérer la réduction, M. Hervez de Chégoin se borne à placer la face antérieure de l'avant-bras sur un coussin assez ferme et très-épais, qui vient se terminer au-devant du pli qui sépare la main de l'avant-bras, plus ou moins près de ce pli, selon que le fragment inférieur fait saillie en avant ou en arrière, de manière que, dans le premier cas, c'est ce fragment qui porte d'abord sur le coussin, tandis que, dans le second cas, c'est l'extrémité inférieure du fragment supérieur qui appuie la première, jusqu'à ce que la réduction, si elle n'a pas été obtenue primitivement, les mette de niveau et les

fasse porter également. — Cette réduction se fait d'elle-même par le poids du membre et surtout par le poids de la main qu'on laisse pendre, fléchie et fermée au-devant et au-dessous du coussin qui répond à la fracture. M. Hervez de Chégoin a coutume de laisser les choses dans cet état jusqu'au douzième jour, recouvrant la région malade de compresses résolutives ou de cataplasmes, s'il survient quelque symptôme inflammatoire. Le malade reste couché si l'état général l'exige, ou levé, son coussin placé sur une table. Chez quelques-uns, quand la réduction a été opérée, un coussin moins épais et le bord de l'écharpe, qui rend très-facile la position fléchie et pendante de la main, suffisent pour maintenir les fragments en rapport, et les malades peuvent vaquer à leurs affaires; au douzième jour, quand il n'y a plus que le gonflement inévitable des parties profondes qui entourent le point fracturé, l'auteur substitue au coussinet une compresse carrée de quatre pouces de long, et soutenue par une attelle de même longueur seulement. Cette dernière est maintenue en place par deux liens larges qui viennent se nouer sur la face dorsale de l'avant-bras, dont ils sont séparés par une simple compresse et sans aucune constriction, puisqu'ils n'ont pour but que d'empêcher l'attelle de vaciller.

Selon que le déplacement a tendance ou non à s'opérer aussi vers l'espace interosseux, on ajoute une compresse longuette ou on s'en dispense. Elle est utile en général pendant toute la durée du traitement; la main reste entièrement libre, habituellement fermée. On peut aussi attendre en sécurité le temps nécessaire à la consolidation, trente-cinq jours environ.

Par ce traitement, on n'a plus à craindre ni la gangrène ni l'atrophie des muscles, ni surtout ces adhérences qui maintiennent les doigts dans l'extension permanente, et la circulation n'étant plus entravée autour des fragments, le travail de la consolidation se fait mieux. (*Union médicale*, avril 1848.)

VARIOLE. *Traitement abortif des pustules varioliques par la teinture d'iode.* Les cicatrices laissées par les boutons de la variole ne sont pas une chose de peu d'importance, surtout chez les femmes. Empêcher ceux-ci de laisser leurs traces indélébiles sur la figure de celles qui en sont atteintes était un objet digne de l'attention des médecins. Le *Bulletin de thérapeutique* a signalé, depuis longtemps, l'efficacité des préparations hydrargyriques, l'onguent mercuriel et l'emplâtre de Vigo: nous trouvons, dans le British american Journal, que la teinture d'iode, étendue à l'aide d'un pinceau sur les parties que l'on veut préserver de cicatrices, ne serait pas moins efficace. Cette application est répétée à partir des premiers jours de l'éruption, jusqu'au cinquième ou au sixième, mais une seule fois dans la journée. La teinture d'iode occasionne d'abord de la douleur, mais cette douleur disparaît assez rapidement, et avec elle la sensation de brûlure et de distension que produit l'éruption variolique, surtout à la face. Sous l'influence de ces applications, la tuméfaction de la peau diminue; les pustules s'aplatissent et ne se remplissent pas de pus; les croûtes qui les remplacent tombent, sans laisser de cicatrices. Ces faits sont dignes d'intérêt; s'ils se confirmaient, ce serait une ressource dont on pourrait user chez les malades qui refusent obstinément toutes les préparations mercurielles.

VARIÉTÉS.

Le corps médical doit à la révolution qui vient de s'accomplir d'avoir vu se briser les chaînes qui l'enserraient de toutes parts, et dont le poids menaçait de s'appesantir de plus en plus. Il a reconquis sa liberté d'action et renoué ces liens d'association qui font la force des individus comme des corps constitués. *Association*, tel est le mot à l'ordre du jour, tel est le drapeau autour duquel se rallie une partie de la famille médicale, et se ralliera bientôt, il faut l'espérer, tout le corps médical sans exception. Tout en applaudissant à ces tentatives d'association qui surgissent à chaque pas, et aux

intentions qui en guident les fondateurs, il est une question importante qu'elles soulèvent : N'y a-t-il pas à craindre que ces associations, si nombreuses et si fortement constituées qu'elles soient, n'arrivent, par leur isolement, à disséminer leurs efforts et à perdre une partie de leur influence? Cette difficulté nous a été suggérée par ce qui s'est passé récemment au sein de l'Association médicale qui s'est constituée à Paris. Après des débats intérieurs, qui n'ont pas toujours été parfaitement dignes de l'honorable assemblée, une scission a éclaté entre un certain nombre des membres. Les uns, frappés des abus nombreux dont la révolution était la source, n'ont songé qu'aux nécessités du moment; ils ont vu dans la création d'une association circonscrite un moyen de gagner du temps et d'arriver plus tôt à établir une lutte contre les fâcheuses tendances de l'époque. Les autres ont pensé que les intérêts de la famille médicale parisienne n'étaient pas seuls en cause, que la limitation de l'association aux médecins de Paris était en contradiction avec les principes de fraternité dont il est tant parlé aujourd'hui; qu'enfin, le corps médical gagnerait en puissance et en autorité, du moment où on le verrait rentrer dans une unité si désirable. Pour nous, nous n'hésitons pas, malgré la division de l'assemblée, à nous ranger à cette dernière opinion. Sans parler de cette circonstance, que l'association générale des médecins de France a toujours été le vœu principal du corps médical, il nous semble que, à défaut de toute autre considération, l'association des médecins de Paris aurait dû être entraînée dans cette voie large et généreuse par la nature même des questions qu'elle se proposait d'étudier. Est-ce que par hasard les nominations aux places administratives n'intéressent pas autant nos confrères de province que ceux de Paris? Est-ce qu'il n'y a pas dans les departements, comme à Paris, des médecins des eaux, des médecins d'hôpitaux, des écoles de médecine, autrement dit des intérêts nombreux et respectables, semblables à ceux que l'association de Paris veut défendre? Nous allons plus loin : il nous semble que les associations, dans un corps médical bien organisé, devraient emprunter ces conseils de conciliation et d'honneur qui, dans d'autres professions, rendent de si grands et si vénérés services : les conseils de discipline et des prud'hommes. Ce seraient des espèces de Cours d'appel devant lesquelles s'instruiraient, bien mieux encore que devant l'opinion publique, toujours prête à profiter de nos divisions, les questions les plus importantes, aussi bien celles du moment que celles d'avenir.

Que l'on juge d'ailleurs de la portée qu'auraient auprès des gouvernants des démarches et des réclamations entreprises, non par des individus isolés dont les intentions peuvent toujours être suspectées, mais par un grand corps organisé parlant au nom des grands principes du droit et de la justice. Nous nous permettrons de citer un exemple. Il y a dans ce moment une chaire d'accouchements vacante à la Faculté de médecine de Montpellier. Un concours est actuellement ouvert, et si nous en croyons des renseignements à peu près certains, des hommes qui ont déjà fait leurs preuves dans des concours à Paris et à Montpellier, M. Chretien et un autre candidat, se refusent à y prendre part, non pas qu'ils dédaignent le concours en lui-même, mais parce qu'ils ne trouvent pas dans le jury, tel qu'il a été constitué par le pouvoir ombrageux du dernier règne, des garanties suffisantes de jugement impartial. Dans l'état actuel des choses, il est fort à craindre, sans doute, que la réclamation de M. Chrétien ne conduise à aucun résultat; mais il est facile de prévoir que si l'Association parlait elle-même, elle obtiendrait enfin des

modifications dans un mode de nomination si bon en principe et si souvent faussé dans l'application. Le *concours*, cette grande conquête de la raison humaine, est donc à remanier dans les conditions principales, et nous ne pouvons qu'applaudir aux efforts entrepris par l'Association générale des médecins de Paris, pour en étendre l'emploi et en régulariser l'action. Il est inouï que, sous un gouvernement républicain, des ministres, des préfets puissent, du haut de leur incompétence, faire des nominations directes dans le corps médical. Voilà un des plans légués par l'Empire et tous les gouvernements qui l'ont suivi; voilà un état de choses à faire entièrement disparaître et à remplacer par ces deux grands principes, autour desquels gravite depuis longtemps en principe notre profession, le *concours*, et l'*élection* pour les places auxquelles le concours n'est pas applicable. Reste à savoir quelles conditions devraient présider à ces modes de nominations. Mais cette question, quelque difficile qu'elle soit, ne nous paraît pas insoluble, et le corps médical est disposé à se prêter à toutes les épreuves que pourra lui imposer une modification aussi organique.

Nous le répétons en terminant, une association générale des médecins de France aurait, sur des associations isolées, des avantages immenses qu'elle puiserait dans l'action morale et unitaire d'un si grand nombre d'associés. Ne voyons-nous pas tous les jours l'Académie de médecine, malgré son organisation étroite et mesquine, jouir auprès des gouvernants d'une faveur véritable? Ne l'a-t-on pas même vue, dans ces derniers temps, prendre l'initiative des plus grandes questions de l'hygiène publique, et n'a-t-elle pas fait vraiment une bonne action en défendant les jeunes médecins envoyés en Orient, contre l'arbitraire possible du pouvoir nouveau? Que le corps médical comprenne enfin ses véritables intérêts, qu'il s'assure la place qui lui appartient, qu'il reprenne sa légitime part d'influence, jamais l'occasion ne fut plus belle; mais pour cela il faut vouloir fermement. Voudra-t-il?... nous l'espérons; nous disons plus, nous en sommes certain.

La Société de médecine de Toulouse a tenu sa séance publique annuelle, dimanche 14 mai, devant une nombreuse assemblée. Le président, M. Dassier, a prononcé un discours d'ouverture sur le rôle de la médecine et des médecins dans le mouvement de rénovation sociale qui commence. M. Davasse, secrétaire général, a fait l'exposé des travaux de la Société, et M. Viguerie neveu a lu, au nom d'une Commission, le rapport sur le concours de l'année. Le prix a été réservé; mais une médaille d'encouragement a été décernée à M. Jagerschmid, docteur-médecin à Lectoure. La Société a proposé, pour prix à décerner en 1849, la question suivante : « Faire l'historique de la magnésie; comparer, au point de vue de la valeur thérapeutique, la magnésie caustique et ceux de ces sels à acides organiques qui ont été préconisés comme purgatifs en ces dernières années. » La Société remet au concours, comme prix extraordinaire pour l'année 1849, le sujet qu'elle avait proposé pour 1848 : « Apprécier la valeur des injections iodées dans la thérapeutique chirurgicale. » Le prix, pour chaque question, est de 300 fr. Les Mémoires doivent être adressés, franc de port, au secrétaire général, avant le 1er mars 1849.

La Société des sciences médicales de Lisbonne a mis au concours les trois questions suivantes : 1° La phthisie pulmonaire règne-t-elle dans les mêmes proportions au milieu des populations chez lesquelles les fièvres intermittentes

sont endémiques, qu'au milieu des populations qui en sont exemptes? 2° Fixer avec précision l'époque de l'année à laquelle on doit cueillir la fleur du colchique d'automne ; rechercher s'il y a identité dans l'action thérapeutique et dans la composition chimique de la fleur et du bulbe. Déterminer, en outre, si le colchique d'automne peut être remplacé dans les usages médicaux par les variétés *multiflorum* et *bulbocoioides* ; 3° Les inhalations éthérées doivent-elles être appliquées aux opérations? Nous concevons difficilement qu'on puisse encore émettre un doute à cet égard ; ce que nous pouvons admettre seulement, ce sont les recherches tendant à confirmer par des chiffres cette remarquable influence des agents anesthésiques. L'article que nous publions dans cette livraison sur les résultats des amputations démontre d'une manière péremptoire, qu'en même temps qu'on soustrait les malades à la douleur par les inhalations d'éther ou de chloroforme, on diminue pour eux les chances de maladies et de mort dans une proportion remarquable.

La réunion des médecins de Hambourg propose la question suivante : Les affections connues sous le nom d'asthme laryngé, laryngite striduleuse, asthme thymique, asthme de Kopp, asthme de Millar, sont-elles identiques, ou doivent-elles être distinguées de l'état de suffocation, causée par les lésions des nerfs récurrents? Les Mémoires devront être présentés avant le 31 octobre 1849. Le prix est une médaille d'or de 20 ducats. Une autre médaille de 5 ducats sera offerte à l'auteur de la dissertation qui occupera le second rang.

L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare a mis au concours la question suivante : Monographie de la chlorose. Le prix est une médaille d'or de la valeur de 500 francs. Les Mémoires devront être adressés, suivant les règles ordinaires, au secrétaire de l'Académie, avant le 31 décembre prochain.

La Société des sciences, arts et lettres du Hainault, vient d'envoyer à M. le docteur Payan, chirurgien en chef à l'hôpital d'Aix, une médaille d'or, prix décerné à notre confrère pour son Mémoire sur les maladies scrofuleuses et leur traitement.

Le corps médical et la science viennent de faire une grande perte dans la personne de M. Guersant père, médecin de l'Hôpital des enfants, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé libre de la Faculté. Ce regrettable confrère a succombé, le 24 mai, à une double pneumonie ; il était âgé de soixante-onze ans.

M. le docteur Pinel-Grandchamp vient d'être nommé maire du 12e arrondissement de Paris. Excellente nomination, à laquelle applaudiront tous les patriotes sincères.

Le choléra n'a pas encore disparu entièrement de Constantinople; on dit même que, ces jours derniers, il y a eu une espèce de recrudescence, et l'on ajoute que, depuis l'incendie d'Arnaoutkeui, plusieurs cas ont été constatés parmi les personnes qui se sont établies sous les tentes de ce village, qui y ont été dressées par ordre du gouvernement.

Nous avons fait connaître quelques-unes des applications que la médecine pouvait retirer de l'emploi du gutta-percha, dissons dans l'essence de thérébentine, ou mieux dans le sulfure de carbone. M. J. Maynard vient d'importer aux Etats-Unis un nouveau liquide adhésif, destiné, suivant ce chimiste, à remplacer même le vernis de gutta-percha, comme emplâtre agglutinatif. Ce liquide n'est autre qu'une solution éthérée de poudre-coton. Exposé à l'air, on le voit, après quelques secondes, se transformer en une masse solide qui adhère à la peau avec tant de ténacité, que tout écartement de la plaie devient impossible. Cet emplâtre résiste à l'action de l'eau, de la chaleur et du froid, conditions tout à fait indispensables lorsqu'on veut obtenir une réunion par première intention. Cette application emplastique n'est pas irritante, et présente une grande force et une grande durée. M. Maynard a donné à ce liquide le nom de *collodion*. On ne donne aucun détail sur le mode d'application de ce moyen.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUESTIONS SUR LA GOUTTE.

Première question. — Doit-on guérir la goutte?

Quand on voit cette foule de remèdes annoncés, vantés, prônés sous toutes les formes et par toutes les voies de la publicité contre la goutte, on est vraiment étonné qu'il y ait encore des goutteux, des gens qui *osent* se plaindre d'en être tourmentés. A quoi pensent donc ces infortunés? N'ont-ils pas la liberté du choix? Les extraits, les pilules, les sirops, les eaux minérales, les liniments, etc., n'abondent-ils pas? Ils n'ont vraiment qu'à prendre les médicaments annoncés et au choix; bientôt on pourra leur dire comme à l'infirme de l'Évangile : *Levez-vous et marchez*. Ces remèdes, en effet, ne sont-ils pas, à la vérité, en style de *prospectus*, toujours excellents, infaillibles, *souverains* même, selon l'expression consacrée, tout hyperbolique qu'elle soit? Malheureusement l'expérience ne vient que trop souvent démontrer le contraire, et le goutteux, après un adoucissement plus ou moins réel, plus ou moins prolongé de son mal, le voit reparaître avec plus de violence qu'auparavant. Le spécifique n'y fait plus rien, dût-on en doubler, en tripler la dose, et la santé se trouve gravement compromise. Voilà où l'on est à peu près sûr d'arriver en écoutant trop complaisamment les enivrantes séductions et les paroles du démon de l'industrialisme médical. N'est-il pas évident que, dans cette administration d'un remède parfois violent, irritant, perturbateur de l'économie, on s'est laissé aller à l'emploi d'un médicament d'après une annonce exagérée, mensongère, remplie de promesses illusoires ou fausses, d'observations et de guérisons impossibles? Mais pourquoi tant de mécomptes et de déceptions? Pourquoi tant d'accidents ultérieurs et souvent très-graves? C'est qu'avant d'essayer de guérir cette maladie, il serait infiniment utile de faire cette question préjudicielle : *Doit-on guérir la goutte?* Question grave, difficile, importante, qui doit être posée avant celle-ci : *Comment peut-on guérir la goutte?*

Doit-on guérir la goutte? Tout aussitôt le cri de la douleur ne semble pas permettre d'élever le moindre doute. Le pauvre patient, dont le membre est endolori, ne conçoit pas même qu'on puisse hésiter un instant. Eh quoi, dira-t-il, ne savez-vous pas que la goutte est une maladie insupportable, qui vous torture et vous lacère sans pitié, qui, en

pleine santé, vous ôte le sommeil, l'appétit, le repos, qui, vous saisissant brusquement, vous cloue des mois entiers sur un lit de douleur, qui, fixée sur un point, menace cependant tous les organes? Bien plus, quand cet horrible mal n'existe pas, il est toujours instant, toujours menaçant une fois qu'il s'est manifesté ; avec lui, jamais de sécurité, jamais de tranquillité parfaite, assurée, d'où s'est formé le proverbe aussi juste qu'effrayant: *Si vous avez la goutte, vous êtes à plaindre; si vous ne l'avez pas, vous êtes à craindre.* Sans doute, peut-on répondre: ce tableau ne manque pas de vérité, et les souffrances du goutteux ne sont que trop réelles. Toutefois, la nature ne nous consulte ni dans sa marche, ni dans les voies qu'elle prend pour arriver à ses fins. Or, les faits, l'observation, l'expérience prouvent que par la goutte, l'économie tend à écarter un principe morbifique; c'est une crise douloureuse, il est vrai, mais salutaire, qui rétablit l'organisme, y maintient cet équilibre, sans lequel la santé serait gravement compromise. En un mot, c'est un moyen de prévenir des maladies plus dangereuses. Tout médecin un peu instruit ne peut ignorer que c'était là l'avis de Sydenham, très-goutteux lui-même, en avouant toutefois que la nature emploie, dans ce cas, comme il le dit, *pharmacum amarissimum*, un remède très-amer, et nous sommes tout à fait de son avis ; mais qu'y faire? La providence de la nature dans le corps humain, comme la providence du monde entier, semble produire un petit mal pour en éviter un plus grand.

Un examen réfléchi de ce qui se passe dans l'origine, dans la marche et les suites de la goutte, porte, pour ainsi dire, à adopter l'opinion de Sydenham, confirmée d'ailleurs par l'expérience. Il est d'abord une chose certaine à mentionner, c'est que les goutteux qui veulent se *débarrasser* promptement, radicalement de ce mal, et ils sont nombreux, par des remèdes violents, excessifs, finissent toujours par s'en repentir plus tard. Alors ils attribuent à la goutte des accidents qui ne sont dus qu'à l'interruption imprudente, intempestive, des mouvements critiques, *éliminateurs* d'une cause morbifique, indépendamment du danger produit par l'emploi de médicaments, ordinairement très-irritants. Remarquons, en effet, que les goutteux livrés pendant quelques années à cette maladie, notamment quand les paroxysmes sont complets, réguliers, sans trop d'accidents généraux, sont à peu près exempts de toute autre maladie. Si c'est là une compensation à leurs maux, les goutteux, en général, peuvent se flatter de l'obtenir, avantage, il est vrai, acheté très-chèrement. La goutte est un *tyran* qui ne veut pas dans l'économie d'autre maladie qu'elle; c'est un principe admis dans la science et qui souffre peu d'exceptions.

Quand on dit que des attaques de goutte sont autant de crises produites par la nature *médicatrice* pour expulser un principe nuisible, il faut se rappeler qu'en général cette maladie est attribuée à un excédant, à un superflu de nourriture. On dit, sous forme de reproche, aux médecins : vous ne savez pas ce que c'est que la goutte; mais ils répondent : s'il s'agit de la cause primordiale qui tient à l'*essence* même des choses, vous avez raison; nous ne savons pas plus ce que c'est que la goutte que toute autre maladie. La cause première est et sera toujours pour nous une qualité occulte, malgré les théories chimiques et atomistiques qui prévalent aujourd'hui dans la science. En cela, nous sommes comme les astronomes, qui calculent et prévoient les révolutions des corps célestes, sans connaître intrinséquement leur principe moteur. L'*attraction* est l'énoncé d'un grand fait; Newton n'a pas été plus loin. Mais quoique nous ne connaissions pas la cause première de la goutte, son point initial et générateur, nous n'ignorons pas les causes secondaires, occasionnelles qui la préparent, la déterminent, l'augmentent ou la diminuent. Tout en admettant même une disposition héréditaire, originelle, spéciale ou acquise, on sait très-bien que la bonne chère, l'excès de nourriture, joint à l'oisiveté, à certaines agitations nerveuses, en sont des causes fréquentes. Chez les Turcs, qui boivent peu ou pas de vin, et qui d'ailleurs sont sobres, la goutte est une maladie très-rare. Chez nous, au contraire, les goinfres, les gastronomes et tous ceux *quorum deus est venter*, y ont ordinairement une disposition très-marquée à un certain âge. Avec de la fortune on a ordinairement un habile cuisinier, des mets relevés, succulents, et pour peu que l'estomac et le penchant s'y prêtent, il est certain que ces plaisirs de la table prolongés, amèneront des paroxysmes de goutte. En effet, que devient cette pléthore qui en est la suite inévitable, cette réplétion des sucs nutritifs, cet excès d'un sang par trop riche en fibrine? N'est-on pas alors dans la prédisposition manifeste des maladies très-graves, à moins que la nature ne les prévienne par des évacuations, par des crises spéciales qui rétablissent l'équilibre des forces? De là l'imminence, j'ai presque dit la *nécessité* de la goutte, ce *pharmacum amarissimum* de Sydenham. Empêcher de pareilles crises, s'y opposer, les combattre par des remèdes intempestifs, n'est-ce donc pas contrarier la nature, bien plus encore si l'on continue un régime hypernutritif? Il en résulte évidemment ce dilemme médico-philosophique : ou vous changerez de manière de vivre, ou la nature continuera son procédé éliminatoire; autrement dit, ou vous serez sobre, ou vous resterez goutteux. A quoi on peut ajouter, ou vous patienterez avec la goutte, ou si vous prétendez la guérir, l'interrompre brusquement, imprudem-

ment, attendez-vous aux maladies les plus graves. On voit ici que la médecine, du moins la bonne et la vraie, n'est nullement l'art de tromper l'homme malade, ainsi qu'on l'a dit plusieurs fois. La goutte a en outre cela de particulier, que si elle domine en maître dans l'économie, elle oblige le patient à se maintenir dans les règles d'une austère sagesse, autrement elle inflige de rudes châtiments; c'est une Némésis impitoyable, demandez-le à ces obèses incorrigibles, chargés de graisse et d'infirmités.

Une autre cause de cette maladie, indépendante de celle dont il a été question, c'est une longue et dangereuse surexcitation du système nerveux, fatal produit d'une civilisation extrême. Des excès de bonne chère ne suffisent pas toujours; aussi ne voit-on la goutte que dans certaines classes de la société. Vous trouverez parmi les habitants de la campagne des gens très-peu sobres assurément, et néanmoins les goutteux y sont infiniment rares, tandis que les affections rhumatismales y sont très-communes. Aussi le célèbre Turgot, tourmenté toute sa vie par la goutte et qui en mourut, disait-il « que cette maladie était celle de la bonne compagnie, et il se félicitait presque d'avoir cela de commun avec les rois, les princes, les savants et les philosophes. » Rien n'est plus avoué que le système nerveux joue un grand rôle dans cette maladie. Le caractère ordinairement irascible, susceptible des goutteux, est tellement connu, que, selon Sydenham, avoir un accès de goutte équivaut à un long accès de colère. C'est beaucoup dire, mais ne peut-on pardonner un peu d'impatience et d'emportement à l'homme torturé par de vives douleurs, condamné aux remèdes et au régime, réduit à la tisane, lui habitué aux bons vins et aux mets recherchés? En général, le *moi* humain est centuplé dans toute maladie, et la goutte n'est certes pas une exception.

En réfléchissant sur les causes et les effets dont nous venons de parler, sur les crises douloureuses, particulièrement *éliminatoires*, que la nature produit, pense-t-on, qu'il est toujours facile et surtout sans danger d'arrêter brusquement la goutte, d'essayer de la guérir avec un élixir, une eau minérale, quelques pilules ou des purgatifs drastiques? C'est se bercer d'un fol et dangereux espoir. Supposer d'ailleurs un excès d'acide particulier que l'on pense détruire par des moyens chimiques, c'est supposer une chimère que rien ne prouve, notamment l'expérience dont les arrêts sont sans appel, parce qu'ils sont l'expression même de la vérité. Une chose bien reconnue aujourd'hui dans la science, c'est qu'il n'y a pas de *spécifiques*, bien plus, qu'il n'est de remèdes pour aucune maladie, il n'y a que des méthodes de traitement basées sur les indications. Dès lors, comment supposer qu'un certain

remède, en supposant un même radical morbide, puisse avoir une efficacité réelle, constatée dans tous les cas? N'est-ce pas s'exposer aux plus rudes déceptions? Dans la maladie dont il s'agit, il y a la goutte légère à rares paroxysmes et la goutte fort intense; il y a la goutte héréditaire, la goutte acquise, la goutte chronique, la goutte atonique, la goutte articulaire, la goutte fixe, la goutte erratique, sans compter les différences individuelles. Le moyen de croire qu'on aura trouvé pour cette maladie ce *panpharmacon* toujours promis, toujours annoncé, et qui ne se réalise jamais; qu'un remède administré sans méthode, sur une simple annonce ou d'après un prospectus, guérisse infailliblement, à jamais une pareille maladie, que beaucoup de médecins rangent parmi celles qu'il est dangereux de guérir? Qui croira, par exemple, que le colchique, la gentiane, la coloquinte et autres drogues énergiques, employées dans la composition de ces remèdes, ne contribuent à ruiner la santé en interrompant le travail médicateur de la nature, en surexcitant les entrailles, en arrêtant d'une manière intempestive le cours d'une crise qui se serait terminée doucement, heureusement, avec un peu de temps, de patience et quelques doux médicaments? Un des accidents les plus dangereux, comme les plus fréquents, est de déterminer la *métastase goutteuse*, c'est-à-dire le déplacement subit de la goutte d'une extrémité sur un organe important; c'est alors qu'à la douleur se joint un danger réel et imminent. Qui n'a pas entendu dire: « Un tel est mort d'*une goutte remontée*? » Eh bien, l'expression vulgaire est parfaitement juste. La goutte, de simple qu'elle était, est devenue viscérale, et, par conséquent, très-dangereuse. Il y a maintenant cent quarante et un an que Musgrave a publié un excellent ouvrage sur cette forme de la goutte (*De arthritide anomalâ, sive internâ, dissertatio*; Oxford, 1707). Il y pose en principe « que la goutte aux extrémités est la goutte dont on est malade, et que celle des entrailles est la goutte dont on meurt. » Qu'on juge par là du danger des médicaments employés sans méthode et sans principe, danger qu'on éviterait, si avant tout on posait la question objet de cet article. Sydenham, qu'on a nommé à juste titre le docteur de la goutte et qui en fut aussi le martyr, en fait la remarque expresse: « C'est d'après une longue expérience et des observations multipliées, dit-il, que j'affirme hardiment que la plupart de ceux qui meurent de la goutte *périssent moins de la maladie même* que d'un traitement peu réfléchi et contraire à la marche des symptômes. » Médecins instruits, goutteux infortunés, pesez bien cette assertion, dont le bon sens et l'expérience confirment journellement la vérité.

Du reste, il n'est pas difficile de trouver la raison de cet oubli de la nature, de la marche de la goutte, et de cette aveugle confiance dans

une foule de remèdes contre cette maladie. C'est une affection pathologique à part, pour ainsi dire ; loin d'y voir une crise éliminatoire ménagée par la nature, un moyen qu'elle emploie pour maintenir l'équilibre de l'organisme, on ne voit qu'une chose, une douleur immédiate, insupportable, dont on cherche à se délivrer au plus tôt. On trouve sous la main un médicament plus ou moins commode, dont on célèbre l'efficacité ; dès lors, se manifeste un certain entraînement, un peu d'espoir qu'il y a du vrai dans les promesses du médicastre inventeur ; la prolongation des douleurs force, pour ainsi dire, la volonté ; l'homme qui souffre est si crédule ! Ajoutons le suffrage des personnes qui entourent le malade ; les amis, les parents, les faibles, les ignorants, les sots, les compères, et même les gens d'esprit, *quelquefois si bêtes,* comme le disait Arnaud, ne voilà-t-il pas de quoi composer un public assez nombreux pour se faire écouter ? En France, tous les genres de courage abondent, mais le courage du bon sens y est assez rare. On sait que le grand Leibnitz lui-même mourut pour avoir voulu se délivrer trop promptement d'un accès de goutte ; il prit je ne sais quel remède qu'un jésuite lui avait donné à Vienne. Le travail de la nature étant interrompu, la goutte, qui était aux pieds, passa à l'estomac, ou plutôt au *diaphragme*, comme je crois l'avoir démontré dans un autre travail, et le malade fut tout à coup suffoqué. Quel exemple !

Ce qui contribue encore à donner de la vogue à certaines préparations dites *antigoutteuses,* c'est qu'on fait presque toujours un mystère de leur composition. Voilà une amorce à peu près immanquable. Rien ne flatte davantage la vanité, rien n'inspire plus de confiance, parce qu'on suppose toujours un chef-d'œuvre de l'art, une combinaison nouvelle et heureuse de médicaments héroïques. Le secret est tellement nécessaire dans ces cas, que quand la composition du remède est connue, c'en est fait de son efficacité. Que voulez-vous ? On ne l'a pas pris pendant qu'il guérissait ! On sait que, sur la fin du règne de Napoléon, la renommée annonça de ses cent voix les plus retentissantes, un médicament contre la goutte : c'était le remède Pradier. Cet homme avait trouvé, disait-on, le moyen de faire *suer* la goutte par les pieds. On citait des faits extraordinaires, de vrais miracles de guérison. Le gouvernement s'en émut, et nomma une Commission, dont le célèbre Hallé était le président. Enfin, on acheta le merveilleux *spécifique*. Maintenant, il est devenu vulgaire, il traîne dans nos formulaires les plus communs, et personne ne s'en sert. On peut être certain qu'il en serait de même de tous les autres prétendus spécifiques, vantés comme d'habitude, supérieurs à tous les autres. Les hommes, et surtout les malades, veulent être trompés, et ils le sont sans cesse, notamment les goutteux, presque tous riches. Gui Patin, au propos vif et mordant, nous en dit

la raison : *Lucri odor, auri color, multas habent illecebras ad peccandum* (1). « L'odeur du gain, la couleur de l'or, voilà bien des attraits pour engager à mal faire. » Quoi de plus vrai, surtout à notre époque de commerce et d'âpre convoitise !

Ce qui trompe encore, même certains médecins, dans l'emploi de ces dangereux remèdes, c'est qu'aidés d'un régime favorable, le moyen le plus efficace de guérison, quand elle est possible, comme nous le dirons plus tard, ces médicaments amènent parfois un soulagement plus ou moins immédiat et prolongé. Or, comment ne pas concevoir, dans ces cas, l'espérance d'une guérison complète ? Le remède a si bien *opéré* tout d'abord ! Mais cet espoir est ordinairement trompé. Comme les crises *éliminatrices* sont interrompues ou deviennent irrégulières, la maladie s'aggrave, ou il se déclare d'autres affections pathologiques qui en sont la suite, et presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Il est peu de praticiens réfléchis, attentifs, qui n'aient observé des faits de ce genre. Que de maux, que d'incertitudes, que d'essais ruineux pour la santé n'éviterait-on pas, si, dès le commencement, on avait considéré la goutte sous le point de vue, objet de cet article, si on avait examiné la marche, les effets de cette maladie d'après une expérience rationnelle, et non d'après le désir souvent mal raisonné des malades et les annonces des marchands de remèdes ! En résumé, doit-on guérir la goutte ? Nous répondrons, oui, s'il est possible de le faire d'une manière absolue, en attaquant son principe radical, essentiel ; non, si, comme on le pense aujourd'hui, on entreprend cette guérison par des médicaments violents, perturbateurs, incertains dans leur action antigoutteuse, et qui, certainement, troublent, arrêtent le travail bienfaisant et réparateur de la nature. Mais, dira-t-on, et surtout le goutteux souffrant et perclus, criant merci, votre opinion est désolante. Quoi ! il n'est donc pas permis d'espérer la guérison de cette odieuse maladie et même du soulagement ? Aucun remède n'a donc de puissance et d'efficacité ? Ceci fait partie de la seconde question que nous avons à traiter ; nous tâcherons d'y répondre d'une manière satisfaisante dans un article prochain. R. P.

TRAITEMENT MÉCANIQUE DU RHUMATISME ARTICULAIRE, NOTAMMENT PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE AMIDONNÉ.

Par M. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

L'éducation médicale de nos jours à trop généralement pour effet d'inculquer aux praticiens la pensée que l'art de guérir consiste à peu

(1) *Lettres de Gui Patin*, t. II, de notre édition.

près exclusivement dans l'emploi des agents de la matière médicale, c'est-à-dire des drogues ou médicaments proprement dits. Nous perdons trop de vue la signification réelle et toute la compréhension du mot *remède*. Les anciens, à cet égard, étaient plus philosophes que nous. Sans remonter à Hippocrate, qui a formulé sur ce point les idées les plus larges et les plus rationnelles, nous nous bornerons à reproduire cette définition de Fernel : *Remedium est quod morbum depellit :* tout ce qui guérit est réputé remède. Puis il ajoute : il est trois genres de remèdes : le médicament, la chirurgie et le régime (Fernel, *Therapeutic.*, lib. I, cap. 1). Si les médecins voulaient bien se rappeler ces simples paroles, et se pénétrer du concours nécessaire, dans un cas donné, de tous ces genres de modificateurs, leur pratique y gagnerait nécessairement. La division des études médicales en médecine, chirurgie, hygiène, sciences accessoires, etc., utile, sans contredit, pour la distribution de l'enseignement et l'acquisition graduée des notions scientifiques, établit, de fait, des limites qui n'existent pas dans la nature, et qui, partant, ne doivent pas exister dans la pratique. Si les chirurgiens méritent, en général, le reproche d'être trop peu médecins, il n'est pas moins vrai de dire que les médecins oublient trop les précieuses ressources qu'ils pourraient formellement emprunter à la chirurgie. Il est vrai aussi que l'exactitude qu'on s'est efforcé, dans ces derniers temps, d'inculquer aux procédés médicaux, tendrait à opérer une fusion si désirable, n'était le retour à l'empirisme, aux idées mystiques, et l'ironie, qu'il est du bon ton de déverser aujourd'hui sur ce qu'il y a de rationnel et de positif dans l'art de guérir.

Voyez, par exemple, ce qui existe pour le traitement d'un rhumatisme articulaire. En sa qualité d'affection interne, généralisée, spécifique, il ne relève guère, aux yeux de la plupart des praticiens, que de la matière médicale, tandis qu'il est flagrant que l'élément topique, la lésion articulaire revient pour une bonne part à la chirurgie, au moins dans les cas où la localisation survit à peu près seule à l'appareil général. Nous ne prétendons pas, certes, que cet aperçu soit nouveau, mais il n'est pas assez universellement apprécié, et c'est pour joindre notre témoignage à l'autorité des praticiens qui ont tâché de mettre ce principe en lumière que nous produirons les considérations suivantes :

Lorsque, par des moyens appropriés, vous avez combattu l'état général d'où paraît dériver l'arthrite rhumatismale, alors que la réaction fébrile a cessé, ou s'est considérablement amendée ; alors, enfin, que la lésion fixe et persistante paraît désormais réduite aux proportions d'une affection locale, la médecine semble avoir perdu de son empire, ou, du moins, la chirurgie revendique une partie de l'œuvre curative.

Cependant il est peu de praticiens qui soient bien pénétrés, par exemple, de l'importance de la position déclive dont M. Piorry a surtout fait ressortir les avantages (1) ; non plus que de celle de l'immobilité si rationnellement préconisée par MM. Bonnet, Malgaigne et autres ; ils songent moins à l'efficacité de la compression dont quelques observateurs ont également exposé les résultats salutaires. Or, c'est à l'apologie de ces trois procédés, isolés ou combinés, que cette note est consacrée.

1° *Position déclive.* Il serait superflu d'insister sur les avantages de cette position, elle est de rigueur dans tous les cas où existe une congestion soit inflammatoire, soit simplement congestionnelle, soit séreuse, et tous les praticiens un peu soigneux en ont fait ressortir la nécessité, l'efficacité réelle, même comme moyen principal, dans une foule de cas où cette position est négligée ou considérée simplement comme moyen accessoire. Quant à l'arthrite rhumatismale en particulier, il est facile de se convaincre immédiatement de l'utilité de la position déclive en appliquant celle-ci à une articulation affectée, comparativement à d'autres articulations également prises chez le même sujet ; c'est une épreuve que cent fois nous avons faite. Pas n'est besoin de dire que ce procédé consiste à placer la partie affectée sur un plan plus élevé que les autres parties du même membre. Si, par exemple, il s'agit du pied, celui-ci reposera sur des coussins en plan incliné descendant du talon à l'ischion. S'il s'agit du genou, on emploiera le même appareil, au lieu de se borner, comme on le fait généralement, à soutenir fléchie et dirigée en haut l'articulation fémoro-tibiale ; car, dans cette position, l'élévation du genou n'est qu'apparente, la portion tibiale étant alors disposée de manière que les fluides sont obligés de remonter contre leur propre poids. Pour l'articulation de la hanche, le malade sera tenu, autant que possible, incliné sur le côté sain, un coussin étant placé entre les genoux pour élever la cuisse du côté malade. Pour la main et le poignet, on placera le membre sur un coussin plus épais vers la main, de manière à ce qu'elle se trouve plus élevée que le coude ; pour celui-ci, le coussin sera prolongé jusque vers l'aisselle, de manière à ce que l'épaule soit plus basse ; pour l'épaule, le coussin sera placé sous l'omoplate, etc. Nous pouvons nous abstenir de produire des exemples de l'efficacité de la position déclive, cela tombe sous le sens ; il nous suffira d'en avoir rappelé l'importance, en ajoutant que cette importance est telle que,

(1) Voyez, sur la pesanteur dans les traitements des maladies, un intéressant travail de M. Gerdy, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* du 15 juin 1847.

sans une position convenable, les remèdes les plus efficaces pourraient échouer, ou du moins perdre beaucoup de leur puissance.

2° *Immobilité*. Ce second précepte est, en quelque sorte, une conséquence du premier, car placer les parties dans une position déclive, c'est implicitement leur imposer l'immobilité dans cette situation. Néanmoins, l'immobilité a des avantages qui lui sont propres, puis des procédés d'application qui lui sont particuliers, ce qui lui mérite bien la faveur d'être étudiée à part. En effet, si la position déclive obvie à un inconvénient déterminé, la stase des liquides, l'immobilité corrige un autre élément non moins grave, la douleur parfois si vive, qui résulte du moindre mouvement imprimé à l'articulation malade. Or, il existe, entre l'inflammation et la douleur, une fatale réciprocité qui fait que l'une s'aggrave par l'autre, et que, supprimer la douleur, c'est déjà beaucoup faire pour guérir l'inflammation. Telle est, selon nous, la cause essentielle des bienfaits de l'immobilité.

Les moyens que nous avons indiqués pour établir la déclivité sont insuffisants pour assurer l'immobilité. La volonté du malade ne suffit pas toujours pour prévenir les déplacements douloureux, et ne fût-ce que pour s'opposer aux mouvements automatiques qui se produisent dans le sommeil, qu'il conviendrait de maintenir l'immobilité par des moyens efficaces. Parfois il suffira de comprendre dans quelques liens les coussins formant le plan incliné et les membres superposés. Le plus souvent il sera nécessaire d'employer des appareils analogues à ceux usités par les chirurgiens pour le maintien des fractures. M. Bonnet, de Lyon, dans son Traité des maladies des articulations, et dans quelques articles de journaux, a parfaitement développé cette thèse; aussi nous bornerons-nous à produire une *observation* recueillie par notre chef de clinique, M. le docteur Gros, et consignée dans sa dissertation inaugurale. (*Essai sur le rhumatisme articulaire;* Strasbourg, 1848).

Rhumatisme articulaire aigu très-grave. Endocardite. Appareil à fracture. Guérison prompte. — Un enfant de onze ans, chétif, pâle, maigre, entre à la Clinique le 1er juin 1847, pour des douleurs vives qu'il ressent dans les deux genoux. Il y a un mois, il fit une maladie grave pour laquelle il fut saigné trois fois en ville. D'après les renseignements un peu confus qu'il nous donne, nous supposons que cette affection fut une pneumonie. C'est pendant la convalescence que survint l'affection articulaire, il y a huit jours. Elle débuta d'emblée par les genoux.

Etat actuel. Pâleur, maigreur, thorax décharné, en carène, respiration normale. Palpitations, matité précordiale étendue, premier bruit

du cœur changé en un bruit de souffle obscur, sans frémissement cataire ; souffle carotidien, pouls serré à 120.

Genou droit douloureux, légèrement rouge et tuméfié ; genou gauche très-volumineux, rouge, le moindre attouchement, le plus léger mouvement provoquent des douleurs vives. La jambe est fortement fléchie sur la cuisse, et le malade refuse obstinément de la laisser redresser. On prescrit : 12 sangsues au genou gauche ; potion avec teint. vineuse de semences de colchique, 2 grammes dans eau 100 grammes ; sirop simple, 20 grammes ; chiendent avec nitre 4,00 pour tisane.

Le 3 juin même état ; l'articulation, très-douloureuse, se fléchit davantage. Je me décide à faire placer le membre pelvien gauche dans une gouttière en bois, partant du haut de la cuisse et dépassant le talon et garnie d'une couche épaisse de coton. Le redressement du membre, opéré avec ménagement, fut long et douloureux ; il fallut contenir le malade, qui poussait des cris affreux. On exerça des tractions lentes et continues sur le talon ; une fois le redressement obtenu, on plaça le membre dans la gouttière, et on l'y fixa par deux liens, l'un au milieu de la cuisse, l'autre au milieu de la jambe. En peu d'instants les douleurs se calmèrent. (Même traitement, liniment opiacé sur le genou.) Les jours suivants le genou resta douloureux au toucher. (Cataplasmes laudanisés.)

Le 9, cinq jours après l'application de la gouttière, la rougeur et la douleur étaient bien diminuées, le gonflement résultait surtout d'un épanchement de sérosité dans la capsule synoviale ; la rotule était soulevée par le liquide qui faisait saillie sur ses côtés. Les douleurs et le gonflement se dissipèrent graduellement.

Le 25, le genou gauche est revenu à l'état normal ; on enlève la gouttière, et le malade est invité à faire des mouvements de flexion qui rendent à l'articulation sa mobilité première.

Le 1er juillet, il se lève et marche sans douleur.

L'arthrite légère du genou droit s'était dissipée sans moyens particuliers.

Cependant les accidents persistaient du côté du cœur. La digitale, puis les analeptiques furent employés avec succès, et le malade sortit guéri de sa double affection articulaire et cardiaque.

Les avantages de l'immobilité se sont révélés ici d'une manière manifeste. L'état de l'articulation, chez ce sujet débile, était si grave, que nous redoutions des accidents mortels ou des lésions incurables. L'application de la gouttière apporta un soulagement immédiat et fut le point de départ de la rémission des symptômes. La guérison fut complète au bout de vingt-deux jours. L'appareil mis en usage n'est autre

chose que la gouttière usitée dans les cas de fracture de la rotule, moins les courroies, remplacées ici par des liens plus doux placés sur la jambe et sur la cuisse.

L'immobilité de l'articulation placée dans une position convenable ne se borne pas à favoriser la guérison et à produire un grand soulagement pour le malade ; elle obvie encore aux graves inconvénients d'une consolidation effectuée dans une position vicieuse, alors que l'ankylose doit s'ensuivre. Il y a, en effet, un immense avantage à obtenir la soudure du genou dans la position rectiligne du membre. Or, on sait que, dans presque toutes les affections articulaires abandonnées à elles-mêmes, la consolidation s'opère dans la position demi-fléchie, ce qui conduit les malades à une impotence déplorable, et les porte même quelquefois à solliciter l'amputation de la jambe. Il existe actuellement dans mes salles une vieille femme, affectée de rhumatisme goutteux, généralisé, très-chronique. Les deux genoux sont à demi ankylosés dans la demi-flexion, ce qui met la malade dans l'impossibilité de se lever de son lit. Si cette femme était moins vieille, je ne balancerais pas, malgré les atroces douleurs que cette manœuvre occasionne, à étendre forcément les membres inférieurs pour les placer dans des gouttières ; mais le peu de temps qui lui reste à vivre ne vaut pas la peine de risquer cette violente opération.

Ceci nous rappelle un des inconvénients réels de l'immobilité prolongée, à savoir, la formation possible d'une ankylose. On évitera cet inconvénient dans les rhumatismes en voie de résolution, si l'on exerce à temps des mouvements de flexion et d'extension dans l'article malade. Cette manœuvre préventive doit être essayée alors que l'articulation a cessé d'être spontanément douloureuse, et que les mouvements imprimés ne provoquent eux-mêmes que peu de douleur. Il y a là un problème d'opportunité que le tact et la sagacité du praticien peuvent seuls résoudre.

Il est bien entendu que l'immobilité sera combinée avec la position déclive dont l'application est facilitée par l'appareil lui-même.

On omet trop souvent, dans le traitement du rhumatisme, une précaution cependant bien importante, c'est de préserver les parties malades du poids des couvertures, au moyen d'un *archet* ou *cerceau*. On ne saurait croire combien la douleur continue et la position vicieuse imprimées aux articulations malades par ce défaut de précaution prolongent et aggravent la maladie.

Les appareils à immobilité appliqués au rhumatisme aigu doivent nécessairement être installés de manière à ce que les articulations malades restent à découvert, afin qu'on puisse y appliquer les remèdes,

les topiques convenables. Mais lorsque le rhumatisme est chronique, lorsqu'on peut ou qu'on veut s'abstenir d'applications médicamenteuses, on peut à la déclivité et à l'immobilité joindre la compression.

3° *Compression*. Cet autre procédé, complément non obligé des premiers, agit à peu près dans le même sens que ceux-ci ; car la compression s'oppose à la stase des liquides aussi bien que la déclivité, et mieux que celle-ci, puisqu'elle les refoule activement ; et comme l'immobilité, la compression obvie à la douleur, car elle implique le plus souvent l'immobilité même de l'articulation. Les moyens compressifs varient beaucoup, depuis le simple bandage roulé jusqu'aux appareils les plus compliqués. Plus de détails sur ce point seraient superflus. Jusqu'ici nous nous sommes tenu dans les limites des errements classiques ; nous allons actuellement aborder un point de la thérapeutique du rhumatisme, qui constitue peut-être une nouveauté et certainement, dans notre opinion, un progrès : c'est l'emploi, comme moyen simultané de contention et de compression, du bandage inamovible amidonné dont les chirurgiens font une application si heureuse au traitement des fractures.

4° *Bandage inamovible amidonné*. Des considérations précédentes et qui ont cours dans la pratique, à l'application de l'appareil inamovible au traitement du rhumatisme articulaire, l'induction est si simple et si naturelle, qu'il y a lieu de s'étonner qu'elle n'ait pas généralement frappé l'esprit des praticiens. Cela tient sans doute, comme je le disais en commençant, à ce que les médecins ont trop peu l'habitude d'allier les idées chirurgicales à leurs procédés ordinaires. J'osais à peine croire que l'application de ce procédé fût nouvelle, lorsqu'il me vint à l'idée de l'appliquer dans le cas qui va suivre. J'ai appris depuis que M. Bonnet, de Lyon, avait fait mention de cette méthode dans son Traité des maladies articulaires, mais pour la blâmer *à priori*. Son application reste donc comme fait nouveau, sinon comme idée nouvelle. L'observation suivante, rédigée par M. Gros, fait aussi partie de sa thèse.

Rhumatisme articulaire aigu général actuellement localisé au poignet. Impuissance de plusieurs moyens. Appareil inamovible amidonné. Résolution prompte.— Une femme de trente-trois ans, de belle constitution, taille moyenne, cheveux noirs, teint basané, carnation développée, entre à la Clinique le 3 mai 1847. Elle dit avoir été prise, il y a un mois, à la suite d'un refroidissement, d'un rhumatisme qui s'est promené sur toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs. En dernier lieu, il s'est fixé au bras droit, et plus spécialement à l'articulation du poignet. Depuis deux jours, le gonflement

occupe à la fois l'avant-bras et la main tout entière. Les douleurs sont intolérables, les ventouses scarifiées et les cataplasmes n'ont procuré aucun soulagement. Le 4 mai, l'avant-bras et la main sont tuméfiés comme par un phlegmon œdémateux. Ces parties sont très-douloureuses à la pression et aux moindres mouvements. Un peu de fluctuation se perçoit dans l'articulation radio-carpienne du côté droit. Point de fièvre, rien de particulier dans les autres organes. (Vingt sangsues à l'avant-bras, limon. tartar., 3 soupes.)

Les jours suivants, nouvelles applications de sangsues, bains locaux, opium, frictions d'huile laudanisée, onctions mercurielles, nitre à haute dose. Le 8, il existe un peu d'amendement.

Nous essayons du cataplasme préconisé par MM. Bonnet et Trousseau, avec la farine de lin délayée dans l'alcool camphré. Après neuf jours de son emploi, l'état reste le même : avant-bras et main très-tuméfiés, articulation fluctuante, mouvement très-douloureux.

Le 18, nous nous décidons à placer l'avant-bras et la main dans un appareil inamovible, composé de bandelettes de papier gris enduites d'amidon, appliquées par couches superposées depuis le bout des doigts, compris en masse, jusqu'au voisinage du coude. Le bandage est maintenu jusqu'à dessiccation, sur une palette de bois, au moyen d'une bande roulée. Les mouvements incessamment imprimés au membre pendant l'application de l'appareil, occasionnent de très-vives douleurs. (Chiendent avec nitrate de potasse, 20,00; opium, 0,05.)

Le lendemain, la malade accuse un bien-être notable; elle est surtout heureuse de pouvoir mouvoir son bras.

Le 22, le bandage étant sec et très-solide, la palette est enlevée ; la malade peut se lever portant son bras en écharpe.

Le 26, huit jours après l'application, l'appareil est devenu trop lâche par suite de la diminution du gonflement. On enlève l'appareil en le fendant avec des ciseaux. La peau reste un peu rosée, la douleur est confinée dans l'articulation radio-carpienne. (On applique un nouveau bandage amidonné.)

Le 8 juin, la résolution est à peu près complète : on enlève définitivement l'appareil après vingt jours d'application. Il reste un peu d'empâtement au niveau de l'articulation dont les mouvements sont gênés, mais non douloureux. La malade veut quitter l'hôpital. On lui recommande d'exercer les articulations malades et d'user de bains résolutifs (savonneux).

M. Gros a revu plusieurs fois la malade, et a pu constater l'entière guérison. Il fait suivre ce fait des réflexions suivantes : « Ce fait est certainement très-concluant, et nous ne pouvons qu'engager les prati-

ciens à suivre l'exemple que leur donne M. le professeur Forget. Voilà un rhumatisme qui a résisté aux émissions sanguines, etc..., et qui se résout, sans aucune suite fâcheuse, par l'usage d'un bandage inamovible pendant vingt jours. Ce bandage est très-facile à établir, très-peu dispendieux, et son emploi est, je crois, appelé à rendre de grands services. »

L'indication du bandage inamovible de l'arthrite n'a pas échappé à M. Bonnet, ai-je dit ; mais loin d'en conseiller l'emploi, il ne croit pas qu'il puisse jamais être appliqué avec avantage, et lui préfère de beaucoup les gouttières métalliques. On vient de voir, par l'exemple précédent, que ces présomptions défavorables sont trop absolues. Je me permettrai d'y opposer les considérations suivantes :

1° De tous les appareils contentifs, le bandage amidonné est le plus simple, le plus léger, le plus efficace, c'est-à-dire le plus exact et le plus solide lorsqu'il est bien construit. Il est aussi le plus économique et le plus facile à se procurer.

2° A la contention il joint les avantages d'une compression douce, égale, inflexible et pourtant non douloureuse, parce qu'elle est moulée sur les parties.

3° Cet appareil a l'avantage de soustraire les parties au contact de l'air, et de les maintenir dans une température égale, conditions de quelque importance dans le traitement des phlegmasies aussi bien que dans celui des plaies en général.

4° Le bandage inamovible ne peut guère occasionner d'accident *latent,* dont l'observateur attentif ne soit averti par l'aspect des parties avoisinantes, par les sensations du malade, etc. A cet égard même, le rhumatisme articulaire chronique est moins susceptible que les plaies et les ulcères que l'on traite journellement par des appareils inamovibles à bandelettes agglutinatives ou autres.

5° Lorsque le gonflement diminue, ce qui arrive bientôt et prouve l'efficacité du moyen, on peut ou renouveler le bandage, ou le fendre et le conserver en guise de gouttière ou de moule flexible qu'on serre par un bandage roulé.

6° Mieux que tout autre appareil, celui-ci permet aux malades de se lever, d'agir sans douleur, ce qui est pour eux un bienfait inappréciable.

7° Il est bien entendu que son emploi sera restreint aux cas où l'on ne juge pas à propos d'agir localement ; à ceux où l'appareil est physiquement applicable, à savoir, aux arthrites isolées chroniques des membres inférieurs et supérieurs. Or, on sait combien ces rhumatismes fixes sont rebelles aux traitements les plus actifs.

Bref, nous y voyons tant d'avantages et si peu d'inconvénients, que nous ne craignons pas d'offrir le bandage inamovible amidonné, appliqué avec discernement, comme un des emprunts les plus heureux que la médecine puisse faire à la chirurgie. Prof. FORGET.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE DÉBRIDEMENT EN DEHORS DU SAC DANS L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE.

Le temps le plus important de l'opération de la hernie étranglée, c'est sans aucun doute le débridement, et, à proprement parler, c'est même toute l'opération. Aussi ne doit-on pas s'étonner de voir les chirurgiens français de notre siècle et du siècle dernier lui accorder une attention toute particulière. Mais ce dont on peut être surpris, c'est qu'ils aient consacré exclusivement leur attention à l'étude de la direction à donner à l'incision; et qu'ils n'aient pas, à l'exemple de leurs devanciers et des chirurgiens étrangers, abordé la question de la nature des parties à diviser. Cette question touche en effet d'une manière immédiate à l'étiologie de l'étranglement. Dans l'opération de la hernie étranglée, telle qu'elle est décrite aujourd'hui dans tous les livres, l'incision du sac est de rigueur; et cependant qui ne sait, qui ne comprend que lorsque l'étranglement est causé par l'anneau aponévrotique, l'incision du collet du sac est un véritable hors-d'œuvre, un danger de plus ajouté à l'opération, et que l'incision de l'anneau, c'est-à-dire le débridement en dehors du sac, suffirait à faire disparaître l'obstacle? C'est donc la question du débridement en dehors du sac, de ses indications et de ses contre-indications, que nous voulons faire passer sous les yeux de nos lecteurs, et nous le ferons à propos d'un intéressant travail que vient de publier M. le docteur James Duncan, professeur de clinique chirurgicale à l'Infirmerie d'Edimbourg, et de la discussion qu'a soulevée au sein de la Société médico-chirurgicale de Londres un Mémoire sur le même sujet de M. le docteur Luke, chirurgien de l'hôpital de Londres.

Commençons par établir que la pratique du débridement en dehors du sac est une méthode entièrement française. Préconisée d'abord par Franco et Ambroise Paré, reprise ensuite par Jean-Louis Petit qui la fit sienne en quelque sorte, par la manière dont il la défendit contre ses détracteurs, cette méthode était à peu près oubliée, lorsqu'elle fut

reprise par sir Astley Cooper, M. Bransby Cooper, et plus tard par M. Aston Key, qui, dans un Mémoire publié en 1833, a présenté une exposition lumineuse de cette méthode opératoire.

Avant d'aller plus loin, nous croyons devoir faire connaître brièvement les observations rapportées par M. Duncan. Elles serviront d'introduction et de contrôle aux réflexions qui suivent.

Obs. I. *Hernie inguinale oblique. Etranglement datant de douze heures. Débridement en dehors du sac. Guérison.*—Vieillard de soixante-dix ans, chez lequel existait une hernie inguinale droite, ancienne et volumineuse; l'étranglement datait de douze heures, et le taxis avait été employé sans succès; la tumeur était dure, tendue et extrêmement sensible à la pression. M. D. fit une incision de trois pouces de longueur, au niveau du collet de la tumeur, et mit à découvert le tendon du grand oblique. C'était l'anneau externe qui était le siége de l'étranglement, la constriction était extrêmement forte, et les bords de l'anneau étaient complétement cachés par la saillie formée par la tumeur. Le débridement fut pratiqué de la manière suivante: l'auteur divisa lentement, avec la pointe d'un bistouri, les fibres aponévrotiques, qui se laissaient couper d'autant plus aisément qu'elles étaient plus tendues. Il n'éprouva de difficulté que pour diviser les bords de l'anneau caché par la saillie de la tumeur. Il y réussit cependant, en faisant tirer en bas la tumeur, et en comprimant avec l'extrémité du doigt, immédiatement au-dessous du point où il voulait pratiquer la section. Lorsqu'il eut divisé ainsi quatre ou cinq lignes du tendon, il put se convaincre que l'étranglement était levé. Effectivement l'intestin fut réduit sans la moindre difficulté. La guérison fut extrêmement rapide. La cicatrisation s'opéra presque partout par première intention.

Obs. II. *Hernie fémorale, étranglée depuis dix-huit heures. Opération. Guérison.* — Un homme de soixante ans portait, depuis plusieurs années, une hernie fémorale du côté droit, qui avait toujours été réductible. Lorsque l'auteur fut appelé auprès de lui, l'étranglement datait de dix-huit heures. La tumeur était volumineuse, et il était difficile de déterminer si c'était véritablement une hernie inguinale ou une hernie fémorale. Après des tentatives inutiles de taxis, on pratiqua une incision de trois pouces de longueur, suivant le grand axe de la tumeur, et parallèlement au ligament de Poupart; en divisant le tissu cellulaire adipeux, on mit à nu quelques tumeurs graisseuses, de formes irrégulières, qui rappelaient jusqu'à un certain point les appendices épiploïques, et derrière lesquelles se trouvait un sac herniaire peu volumineux, renfermant une portion d'intestin. En tirant en bas la tumeur, on aperçut le bord de l'anneau fémoral qui exerçait une constriction. Cet anneau fut divisé avec un bistouri mousse à sa pointe, et l'on réduisit l'intestin en retenant le sac au dehors. Comme dans le cas précédent, l'amélioration fut immédiate, et la cicatrisation eût été complète en peu de jours, sans une inflammation érysipélateuse des bords de la plaie. Le malade n'en a pas moins guéri parfaitement.

Obs. III. *Hernie fémorale. Etranglement datant de onze heures. Opération. Guérison.*—Un femme de trente-cinq ans portait, depuis quatre ans, une hernie fémorale qui, jusque-là, avait toujours été réductible, et qui était étranglée depuis onze heures, lorsque l'auteur fut appelé. Douleurs vi-

ves à la région ombilicale; vomissements de temps en temps; soif vive pouls serré. On avait essayé sans succès le taxis, les lavements, l'opium, les compresses trempées dans l'éther sulfurique. L'auteur pratiqua l'opération de la manière suivante : il fit une incision en T sur la tumeur, et mit ainsi à nu les bords de l'anneau, qu'il divisa ensuite avec un bistouri à pointe mousse, de manière à lever l'étranglement. Il essaya alors de réduire l'intestin; mais sous la pression, la tumeur s'affaissait plutôt qu'elle ne rentrait. L'auteur commençait déjà à croire que l'étranglement avait son siége au collet du sac, et qu'il lui faudrait en pratiquer l'ouverture; lorsque, en examinant le col de la hernie, il s'aperçut qu'il avait négligé de couper une bande très-étroite de tissu filamenteux. Une fois cette section opérée, la réduction fut des plus faciles. Le lendemain, on administra à la malade de l'huile de ricin, et les évacuations alvines se rétablirent. Il ne survint d'autre accident qu'une inflammation érythémateuse des bords de la plaie, et encore de peu de durée.

Obs. IV. *Hernie inguinale oblique étranglée depuis douze heures. Opération. Guérison.* — Un homme de trente-huit ans était affecté, depuis plusieurs années, d'une hernie inguinale, qui avait toujours été réductible; l'étranglement datait de douze heures, lorsqu'il entra à l'hôpital. Une incision de trois pouces fut pratiquée sur le col de la tumeur, et le tendon de l'oblique externe fut mis à nu et divisé avec un bistouri à pointe mousse. La guérison fut très-rapide, et le malade en souffrit si peu que le lendemain il s'était levé, et qu'on eut la plus grande peine à le faire rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'on lui eût procuré un bandage convenable.

Obs. V. *Hernie fémorale étranglée depuis trente heures. Opération. Guérison.*—Un homme d'une santé débile, et affecté d'accidents syphilitiques secondaires, portait une hernie fémorale, ordinairement réductible, qui était sortie depuis quarante-huit heures, et qui était étranglée depuis trente heures. Après diverses tentatives, toutes sans succès, l'auteur pratiqua une incision en T sur le col de la tumeur, mit l'anneau à nu, et le divisa comme chez la malade de l'obs. III. Soulagement immédiat; cessation des vomissements; rétablissement des évacuations alvines. Guérison.

Obs. VI. *Hernie fémorale, étranglée depuis quarante-huit heures. Opération. Guérison.*—Une dame de soixante-trois ans, d'une très-forte corpulence, fut affectée d'une hernie fémorale. Elle avait des vomissements stercoraux depuis vingt-quatre heures; des douleurs vives dans le ventre, mais avec peu de sensibilité à la pression. Après des tentatives inutiles de taxis, le docteur D. pratiqua une assez large incision en T sur le collet de la tumeur, et mit l'anneau à nu dans une assez grande étendue; après l'avoir divisé, il éprouva quelques difficultés dans la réduction. Ce ne fut qu'en divisant une seconde bande fibreuse qu'il put faire rentrer l'intestin d'abord, puis l'épiploon. La malade avait été préalablement soumise à l'action du chloroforme, dans le but de produire un relâchement musculaire complet et de faciliter l'opération. Pendant l'opération, elle avait vomi en abondance des matières stercorales. Cet accident grave disparut immédiatement après la réduction de l'intestin. La guérison a été rapide.

Tels sont les faits rapportés par M. Duncan, dans le numéro de mars dernier, du Monthly journal of medecine. Ce chirurgien ajoute que, dans l'espace de temps dans lequel il a pratiqué ces opérations, il a eu

l'occasion de pratiquer deux autres opérations de hernie étranglée, dans lesquelles il n'a pas cru devoir employer sa méthode. Dans le premier cas, c'était une vieille femme, chez laquelle l'étranglement était si ancien, que l'on devait craindre la gangrène. Il ouvrit le sac, et ne trouva plus l'intestin, qui s'était réduit, mais seulement une portion de l'épiploon. Pendant cinq jours, la malade alla assez bien. Vers le sixième jour, il s'établit une fistule stercorale qui persista pendant quelque temps, et qui n'empêcha pas la guérison. Dans le second cas, il y avait une entéro-épiplocèle, et le sac avait été ouvert par hasard dans la première incision. Ce malade a guéri comme la précédente.

Venons aux faits de M. Luck. De 1831 à 1841, ce chirurgien n'a pas pratiqué moins de 82 opérations de hernie étranglée, dont 78 par la méthode du débridement en dehors du sac. Sur ce nombre, il en est 21 où le débridement de l'anneau n'a pas suffi pour obtenir la réduction complète des parties renfermées dans la tumeur. Or, des 57 opérés par la méthode que M. Luke appelle *méthode de Petit*, il n'en est mort que 7, ou 12 pour cent, tandis que des 25 autres chez lesquels le sac a été ouvert, il en est mort 8, ou 32 pour cent, bien que chez les premiers l'étranglement datât de plus de 24 heures dans 11 cas.

Abordons maintenant les objections qui ont été adressées à cette méthode, ce sera le meilleur moyen d'en établir les indications et les contre-indications.

La plus forte et la plus sérieuse objection qu'on ait faite au débridement en dehors du sac, c'est celle-ci : n'y a-t-il pas à craindre qu'en débridant en dehors du sac et sans ouvrir celui-ci on ne réduise l'intestin sans avoir levé l'étranglement? Sans doute, rien de mieux établi que l'étranglement n'est pas toujours produit par l'anneau ; qu'il a souvent son siége dans le sac, soit au collet, soit plus bas dans l'intérieur même du sac. Mais est-ce là le cas le plus ordinaire? On peut répondre hardiment par la négative. L'étranglement par le collet du sac est le partage des hernies anciennes, mal contenues et mal réduites. On ne le rencontre guère dans les hernies récentes et réductibles ; mais fût-il plus commun qu'il ne l'est réellement, ce ne serait pas une raison pour renoncer au débridement en dehors du sac. L'opération par laquelle on pratique ce débridement est évidemment la même que celle dans laquelle on ouvre le sac ; seulement dans celle-ci il y a un temps de plus. Si, au moment où le sac a été mis à nu, et le débridement opéré au dehors, la réduction offre de sérieuses difficultés, on aura à rechercher si, comme dans plusieurs des observations précédentes, l'irréductibilité tient à la présence de faisceaux fibreux qui n'ont pas été divisés, ou bien à l'étranglement au collet du sac. Dans ce der-

nier cas, on ouvrira celui-ci et l'on se comportera comme dans l'opération ordinaire de la hernie. Cette ouverture du sac ou du péritoine, dont la plupart des chirurgiens font si bon marché, est cependant un accident grave, et d'autant plus grave que la hernie est plus ancienne et plus volumineuse. Aussi Astley Cooper avait-il posé en principe de ne jamais ouvrir le sac dans les hernies anciennes, volumineuses et irréductibles.

On dira encore : en réduisant sans ouvrir le sac, ne peut-il pas arriver, alors que tout semble placé dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire que l'étranglement est récent, les accidents peu intenses et la gangrène peu probable ; ne peut-il pas arriver qu'il y ait un commencement de gangrène? Nous laisserons répondre le célèbre chirurgien du dernier siècle, A. G. Richter (Traité des hernies, p. 119, 1788) : « Si le chirurgien, après avoir décidé l'opération, « fait encore une tentative ou avec la fumée de tabac, ou avec le taxis, « ou avec tout autre moyen pour réduire, et qu'il réussisse, la hernie « est réduite sans qu'on ait ouvert le sac herniaire et les parties conte- « nues peuvent être viciées. Pourquoi n'aurait-on pas à craindre ici, « après le taxis, ce qu'on craint un demi-quart d'heure plus tard dans « l'opération? Blâmera-t-on le chirurgien d'avoir réussi dans la der- « nière tentative? où un chirurgien sensé s'abstiendra-t-il par ces raisons « de faire cette tentative? Et ces raisons ne devraient-elles pas aussi faire « rejeter le taxis, la fumée de tabac et tous les autres moyens? Car ils « opèrent tous la réduction *sans que le sac herniaire soit ouvert*, et « il peut y avoir dès le premier jour de l'étranglement des parties « viciées dans la hernie. » Cette crainte de réduire la hernie, lorsqu'elle présente un commencement de gangrène, est sans doute fort légitime ; mais la gangrène n'est pas un accident immédiat, et puisqu'on ne recule pas devant les autres moyens de réduction avant de pratiquer l'opération, pourquoi reculerait-on devant une méthode opératoire qui met à nu les parties herniaires, permet de reconnaître le siége précis de l'étranglement et de pratiquer le débridement en connaissance de cause? En effet, si le col de la tumeur est mis à nu, et si on porte le doigt dans l'anneau, on se convaincra facilement du siége de l'étranglement. L'anneau aponévrotique incisé, la réduction présente-t-elle encore des difficultés, on examinera s'il n'existe pas des brides fibreuses supplémentaires à inciser, et dans le cas contraire, on ouvrira le sac et on débridera sur le collet; bien entendu que toutes ces tentatives de réduction se feront avec beaucoup de prudence, de peur de repousser toute la tumeur *en masse* ou de faire rentrer l'intestin gangréné; bien entendu encore que le débridement en dehors du collet du sac sera

entièrement subordonné à l'examen préalable de l'aspect du sac qui, dans le cas de gangrène, est souvent rempli d'une sérosité brunâtre, offre une coloration d'un rouge brun et à travers lequel on peut sentir l'intestin présentant une diminution de consistance des plus remarquables. Il suit de là que toutes les fois qu'on aura quelques soupçons de l'existence de la gangrène, on devra ouvrir le sac et opérer suivant la méthode ordinaire, lors même que l'étranglement aurait pour siége l'anneau aponévrotique.

Il est une autre objection qui ne manque pas d'importance, c'est celle qui est fondée sur la difficulté même du débridement en dehors du sac. Ce débridement ne présente cependant de véritables difficultés que dans la hernie ombilicale où le sac herniaire adhère souvent intimement au bord tendineux de l'anneau, et où il est quelquefois impossible de glisser un conducteur entre les deux, et encore chez les sujets chargés d'embonpoint. M. Duncan, en faisant tirer en bas la tumeur par un aide, a toujours rendu l'opération plus facile, parce que de cette manière on met mieux à nu les fibres les plus internes de l'anneau aponévrotique. Ce chirurgien s'est servi tantôt d'un bistouri pointu avec lequel il a coupé lentement les fibres aponévrotiques, ce qui exige une grande sûreté de main, tantôt d'un bistouri à pointe mousse qu'il glissait au-dessous des brides. Richter dit que cette opération n'est pas difficile, si l'on se sert d'une sonde recourbée par le bout, qu'on porte sous le bord supérieur de l'anneau, et sur laquelle on glisse un bistouri courbe pour inciser l'anneau. Il est certain, ajoute-t-il, qu'on ne peut pas bien pratiquer cette incision avec une sonde et un bistouri droits ou avec le doigt.

Quelle est, des diverses hernies, celle dans laquelle cette méthode de débridement présente le plus d'avantages? On peut répondre, avec MM. Luck et Hilton, que c'est la *hernie fémorale*. L'étranglement au collet du sac est un accident des plus rares dans cette hernie ; et c'est ordinairement entre les fibres du *fascia propria* que se trouve le sac, de sorte que les faisceaux fibreux à diviser sont placés superficiellement et immédiatement sous les yeux du chirurgien ; tandis que dans la hernie inguinale, l'étranglement, indépendamment de ce qu'il peut être au collet du sac, a souvent son siége à l'anneau aponévrotique supérieur, ce qui rend l'opération très-laborieuse.

En résumé, sans vouloir faire du débridement en dehors du sac une méthode générale, on peut dire que ce débridement mérite de conserver une place honorable dans la pratique chirurgicale, et qu'il est indiqué dans les étranglements par l'anneau aponévrotique, toutes les fois, 1° que l'étranglement est récent ; 2° que la hernie n'est pas d'ancienne

date et a toujours été réductible ; 3° que les accidents n'annoncent pas la gangrène de l'intestin. Le débridement en dehors du sac est encore applicable, ainsi que l'a fait avec succès Astley Cooper, aux hernies anciennes, très-volumineuses et irréductibles; c'est alors le seul moyen d'éviter une inflammation péritonéale presque constamment mortelle.

REMARQUES PRATIQUES SUR LES CORPS ÉTRANGERS DANS LA VESSIE CHEZ LES FEMMES ET SUR LA TAILLE URÉTRO-VESTIBULAIRE;

Par M. PETREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les corps étrangers introduits dans l'urètre ont une grande tendance à s'enfoncer plus avant ; chez l'homme, ce canal étant plus long et plus accessible, l'on peut encore facilement mettre obstacle à leur progression, et les arrêter ou les extraire avant qu'ils soient parvenus dans la vessie ; mais chez la femme, ils tombent rapidement dans cet organe ; ce qui s'explique par la disposition de l'urètre, qui est plus droit, plus large et surtout beaucoup moins long.

Une circonstance qui rend leur introduction et leur progression faciles, en même temps qu'elle rend leur extraction difficile, c'est que ces corps, le plus souvent des tiges métalliques ou des épingles à grosse tête (car ce sont les instruments ordinaires de leurs coupables manœuvres), sont introduits de manière que leur extrémité la plus inoffensive est tournée du côté de la vessie, et que la moindre tentative d'extraction présente aux parois du canal leur extrémité pointue, et risque de les déchirer ou de les perforer.

Mais toutes ces difficultés ne sont rien auprès de celles que l'on rencontre quand ces corps ont pénétré entièrement dans la vessie ; car le moindre mouvement qu'on leur imprime tend à piquer les parois de cet organe, et les cas où l'on parvient alors à les retirer sans accident peuvent être attribués en partie à un heureux hasard.

Enfin, vient un moment où cette extraction elle-même n'est plus possible ; le corps étranger s'encroûte de sels calcaires ; dans la plupart des cas, une opération et même une opération assez grave, est le seul moyen d'en débarrasser les malades. Il faut briser le calcul ou l'extraire par la taille. Encore est-il des cas où la lithotritie est impuissante ; où, après avoir broyé le calcul, il resterait encore à extraire le corps étranger qui lui a servi de noyau, et les difficultés que nous avons signalées plus haut se renouvellent, si celui-ci est dur, et qu'on ne puisse espérer de le briser.

Dans ce cas, comme dans celui que nous allons rapporter, la taille seule est applicable :

Obs. Une jeune fille de dix-sept ans, adonnée à l'onanisme, s'introduisit dans l'urètre, en octobre 1842. un passe-lacet de près de huit centimètres de longueur. Elle ne réclama les soins d'un médecin que dans le courant d'août 1843, alors que les souffrances qu'elle endurait l'obligèrent à garder le lit, c'est-à-dire environ quatorze mois après l'introduction du corps étranger. Le médecin auquel elle s'adressa alors lui conseilla de venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où elle fut admise le 24 décembre 1843. Elle se trouvait alors dans l'état suivant :

Maigreur générale, pâleur de la face, faiblesse très-grande. Elle n'a pas quitté le lit depuis quatre mois; elle accuse dans les lombes, l'hypogastre et la partie supérieure des cuisses, des douleurs, qui sont augmentées par les mouvements et par l'excrétion des urines.

En introduisant le doigt dans le vagin, on sent ce canal barré par une tige métallique, implantée perpendiculairement sur la paroi supérieure du vagin et n'atteignant pas tout à fait la paroi inférieure, de sorte qu'en déprimant un peu cette dernière, on peut passer le doigt entre elle et cette tige métallique. Elle perd depuis huit jours ses urines par le vagin. En introduisant une sonde dans la vessie, on sent, à l'entrée de cet organe, un calcul volumineux fixé dans ce point par son extrémité inférieure.

Le 27 décembre, ce calcul fut saisi par M. Bonnet avec un lithotriteur sous un diamètre de 11 lignes. La tige métallique, qu'on sentait dans le vagin, était par conséquent la pointe du passe-lacet, qui, peu à peu, avait ulcéré et perforé la vessie, et, momentanément, il en était résulté une fistule vésico-vaginale.

M. Bonnet eut d'abord la pensée de broyer le calcul ; il espérait que les branches du lithotriteur seraient assez fortes pour briser le corps étranger, comme le calcul dont il avait été le noyau. Mais, après mûre réflexion, il hésita à commencer ainsi le traitement; et ce fut son successeur, M. Pétrequin, qui en resta chargé.

Par cette première exploration, le calcul fut reconnu friable et composé, en grande partie, de phosphate de chaux ; il en était resté quelques parcelles entre les mors de l'instrument pendant les manœuvres nécessitées par la mensuration des diamètres.

Le 3 janvier 1844. Nouvelle exploration par M. Pétrequin. Le doigt, introduit dans le vagin, n'y sent plus de corps étranger; depuis deux jours, la malade n'a pas perdu d'urines; avec le cathéter introduit dans la vessie, on sent bien le calcul, mais cette fois, il est mobile ; il est dans le bas-fond de la vessie, et échappe bientôt aux mors du lithotriteur, quand celui-ci n'est parvenu à le saisir. Il est probable que, sous l'influence des manœuvres nécessitées par la première exploration, le calcul s'est détaché de la place qu'il occupait ; que, dès lors, l'ulcération et la perforation de la vessie n'étant plus entretenues par la présence du corps étranger, s'étaient cicatrisées d'elles-mêmes ; c'est pour cela que l'incontinence d'urine avait cessé. — Grand bain.

Explorations le 6 et le 9, tout aussi infructueuses que la précédente. La malade fait des efforts, pousse des cris, et expulse le liquide de l'injection

qui a été faite pour faciliter les manœuvres. — Grand bain après chacune d'elles.

Le 15, on procède de nouveau à l'exploration ; M. Pétrequin, ayant saisi entre les mors du lithoclaste la tige métallique, voulut essayer de la courber ; mais ce fut complétement impossible, et l'instrument se serait plutôt faussé ; l'on parvient après beaucoup de peine, à cause des mouvements continuels de la malade, à saisir le calcul sous un diamètre de 11 lignes et demie.

Ici, la lithotritie n'était pas praticable ; la malade, quoique fortement attachée à la table, se démenait tellement pendant l'exploration, qu'il était impossible de saisir le calcul dans une position convenable ; au moment où l'instrument l'avait saisi, un mouvement brusque le faisait échapper de ses mors. De plus, pour faciliter les manœuvres, il faut injecter une certaine quantité de liquide pour distendre la vessie ; or, cet organe était si sensible, dans le cas qui nous occupe, qu'il ne conservait que quelques instants le liquide qu'on venait d'y introduire, et dont l'expulsion était, en outre, favorisée par les efforts que faisait la malade, en poussant des cris, et en remuant le bassin. Ainsi, la longueur et la fréquence des séances de la lithotritie auraient empêché de penser à cette méthode pour soulager cette jeune fille. Enfin, en supposant qu'on broierait le calcul, il resterait toujours à extraire l'aiguille, qui, comme nous l'avons dit, ne se laissait ni plier, ni casser. Cette extraction est toujours une chose difficile et chanceuse, quelquefois même impossible par toute autre méthode que la taille, en sorte que la malade aurait été exposée à subir les ennuis de la lithotritie pour le calcul, et ensuite la lithotomie pour être débarrassée du corps métallique. C'est surtout cette dernière considération qui engagea M. Pétrequin à pratiquer immédiatement la taille, bien qu'il ait, à plusieurs reprises, extrait avec le lithotriteur à cuiller divers corps étrangers introduits dans la vessie chez des femmes.

Quant à l'opération de la taille, la malade fut placée de la manière ordinaire, c'est-à-dire horizontalement, la tête un peu élevée, le bassin débordant un peu la table, à laquelle il fut fixé fortement par un drap plié en cravate ; on fléchit les jambes sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin, tout en les tirant dans l'abduction. Les mains furent liées aux pieds par des serviettes ; les autres parties du tronc, surtout les épaules et le bassin, furent confiées à des aides, qui en augmentaient ainsi la solidité. Puis, l'on introduisit un cathéter cannelé dans l'urètre ; il servit de conducteur au lithotome caché, dont le tranchant fut dirigé en haut et un peu à gauche, puis on le retira en élevant légèrement sa lame pour faire une plaie au moins aussi étendue intérieurement qu'extérieurement. Il avait été armé de manière à faire aux téguments une incision de 10 lignes, ce qui ne donne au col, vu sa dilatabilité, qu'une incision d'une ligne et demie environ. — L'index gauche de l'opérateur le remplaça alors dans la vessie, et s'assura de la position du corps étranger. Il était situé transversalement dans le cul-de-sac extérieur de la vessie, et paraissait y être logé assez solidement. Comme l'on n'avait pas de gorgerets assez étroits ou assez mousses, l'on se servit, pour conduire les tenettes, d'une curette légèrement courbée, de 9 pouces de longueur, et présentant une rainure sur son côté concave. Cet instrument servit donc d'*explorateur* et de *conducteur*. Comme l'on devait s'y attendre (d'après ce qui avait été dit de l'exploration avec l'index), cet instru-

ment passa par-dessus la pierre, qu'il laissa sous sa concavité. L'on introduisit alors sur sa rainure des tenettes courbes; mais leur maniement étant, comme celui de tout instrument courbe, peu sûr et peu facile, elles furent bientôt échangées contre des tenettes droites de moyen calibre. Pour atteindre le corps étranger, il fallut en élever fortement les bras, et le calcul fut saisi; il fut impossible de lui imprimer de grands mouvements, et M. Pétrequin, non sans peine, lui donna une direction presque parallèle à l'axe de la plaie; alors, on tenta de le briser, et l'on y réussit après quelques efforts. Les tenettes retirèrent d'abord deux des fragments, de volume moyen; la curette en retira trois plus petits, qui étaient déjà parvenus dans la plaie, et enfin le dernier, qui avait environ 17 lignes de longueur, sur 12 de largeur et 5 d'épaisseur, fut retiré avec les tenettes et la curette alternativement. En abstergeant la plaie et en y faisant des injections, l'on fit sortir des fragments moins appréciables, qui résultaient du brisement du calcul.

L'aiguille restait encore dans la vessie, où elle avait repris sa première situation; à l'aide du doigt de l'explorateur et des tenettes, on parvint à lui donner une seconde fois une meilleure position, et à l'extraire sans blesser les parois du vagin ni les tissus environnants, et ce ne fut pas chose facile que de la diriger selon l'axe de la plaie.

L'aiguille a 34 lignes de long, trois quarts de ligne d'épaisseur; elle est complétement inflexible. — Les fragments du calcul réunis donnèrent un ovoïde de 21 lignes de long sur 13 dans sa plus grande largeur. Son grand axe était représenté par l'aiguille, qui y avait laissé des traces, et autour de laquelle la substance calculeuse s'était uniformément déposée. Elle était en acier solide.

Quand l'opération fut terminée, et qu'on se fut convaincu par l'exploration, qu'il ne restait plus rien ni dans la plaie, ni dans la vessie, l'on fit dans celle-ci des injections au moyen d'une seringue à double courant. De cette manière, il n'est pas nécessaire de retirer, après chaque coup de seringue, l'embout situé dans la plaie, et dont la réintroduction est toujours douloureuse, sinon difficile, à cause des nouveaux tâtonnements qu'elle exige chaque fois. Ce procédé a, en outre, l'avantage de la célérité; c'est presque un jet continu. — On ordonne à la malade : violette et tilleul; potion calmante; diète; repos horizontal.

Le 24 janvier. La malade a eu, deux heures après l'opération, une hémorrhagie qui a été arrêtée par un tampon tourné en spirale autour d'une sonde qu'on a laissée à demeure, et qui exerce ainsi une compression excentrique. Elle a bien dormi cette nuit; aujourd'hui douleurs nulles, excepté dans la plaie. Urines faciles. Pas d'appétit; un peu de fièvre. — Bouillon.

25. La plaie va bien; bon sommeil; même état qu'hier. Bouillon de riz, pain.

26. Pas de selles depuis l'opération; douleurs nulles.

L'hémorrhagie du 23, qui avait été produite par une tentative de masturbation, n'est pas revenue. Au reste, à en croire le signe tiré de l'iris, la masturbation n'aurait pas eu lieu depuis. Quand elle a eu lieu, on doit trouver l'iris légèrement tiraillé en haut et en dedans. (Pétrequin, Traité d'anatomie médico-chirurgic., p. 112.)

L'état général est bon; les urines sont faciles. Elle demande à manger; on lui donne riz, pain et œuf.

28. Même état. Les petites lèvres, surtout la gauche, sont fortement œdématiées. Un quart de portion.

On ôte le tampon et la sonde. La malade a eu une évacuation alvine, la première depuis l'opération.

29. Les urines sont faciles et non douloureuses; sommeil et appétit bons. Pas de céphalalgie; pouls bon.

30. Une selle hier dans la journée. Lavement émollient.

1er février. La malade a eu hier un bain de siége; la plaie n'est pas douloureuse; les petites lèvres sont moins œdématiées.

2. L'état s'améliore, on continue les bains de siége. Trois quarts de portion.

7. La plaie a toujours bonne apparence, les petites lèvres sont dans le même état; mais la cicatrisation ne marche pas rapidement, parce que, malgré tous les soins de surveillance, la malade se livre toujours à son funeste penchant. On lui attache les mains.

9. La plaie marche rapidement vers la cicatrisation; bain de siége. Le linge sur lequel elle repose est mouillé.

11. La plaie n'a plus environ que quatre lignes. L'urine s'échappe spontanément dans les efforts de toux et de défécation.

La malade se lève. On est obligé de la surveiller constamment.

17. La plaie est presque cicatrisée; mais l'incontinence persiste.

29. Même état local; l'état général s'est un peu amélioré. La malade sort de l'hôpital.

Apprécions maintenant rapidement les différentes méthodes de la taille chez la femme :

Dans la taille *urétrale bilatéralisée* avec le double lithotome caché de Dupytren (Pleurant, de Lyon, s'en est servi, avant Dupuytren, chez la femme), l'on n'est pas sûr d'éviter les parois du vagin, et, par conséquent, il peut survenir une ou deux fistules; et, en outre, on risque de laisser une incontinence d'urines, d'autant plus que l'on divise l'urètre en deux.

La taille *urétrale latéralisée* est passible des mêmes reproches, et donne, en outre, une trop petite ouverture.

La taille *vestibulaire* ne donne également qu'un petit espace; l'on est obligé de se servir de petites tenettes; de plus, dans les manœuvres d'extraction, l'urètre et le col de la vessie se trouvent froissés par le calcul, tiraillés, contus, et l'incontinence d'urine est peut-être plus à craindre que s'ils eussent été incisés.

La taille *hypogastrique* n'est guère employée que de nécessité, quand le calcul est trop gros.

La taille *vésico-vaginale* donne bien une assez large ouverture; mais elle laisse souvent, quelques auteurs disent même toujours, une fistule qui est un mal presque incurable et aussi désagréable que la pierre elle-même; c'est un inconvénient que M. Pétrequin a constaté dans les opérations qu'il a vues dans les hôpitaux. Elle a, en outre,

l'inconvénient d'être moins praticable chez les jeunes filles, à cause de l'étroitesse du vagin ; et ici, en effet, il était très-rétréci.

Le procédé employé chez notre malade est une variété de taille *urétro-vestibulaire.*

M. Pétrequin incisa en haut et un peu à gauche ; de cette manière il évita le vagin et eut une plus grande ouverture, parce que les branches du pubis formant un angle trop aigu, une incision transversale les eût bientôt rencontrées et eût blessé la honteuse interne. Après l'exploration avec le doigt, de petites tenettes furent introduites, comme on l'a vu, et, après quelques efforts, le calcul fut brisé en cinq ou six morceaux, dont les plus petits furent d'abord extraits, puis le plus gros, qui représentait la moitié d'un ellipsoïde de 18 lignes sur 13. En dernier lieu, enfin, l'aiguille. M. Pétrequin insiste avec raison sur la méthode des broiements multiples pour éluder les conséquences graves des extractions qu'on opère avec beaucoup d'efforts et de danger.

La malade s'est tellement démenée pendant l'opération, qu'il devient évident que la lithotritie n'aurait pas été indiquée ni exécutable impunément.

Comme on l'a vu, les suites de l'opération ont été heureuses ; l'hémorrhagie est venue d'abord entraver la marche de la guérison ; elle a cédé au tamponnement.

La cicatrisation n'a pas laissé que d'être retardée par le funeste penchant de la malade à la masturbation ; en vain a-t-on tout fait pour l'en détourner ; les liens mêmes n'étaient qu'un faible obstacle. Dès que l'état local et général le permit, on fit lever la malade tout le jour ; on l'empêchait ainsi de se livrer à sa mauvaise habitude, et c'est depuis ce moment seulement que la plaie a marché à grands pas vers la cicatrisation. Auparavant il avait fallu lui attacher les pieds et les mains.

L'incontinence, qui persistait, pouvait tenir à une perforation du vagin, qu'avait jadis produite l'aiguille, ou à ce que la plaie faite par le lithotome n'était pas complétement cicatrisée.

L'on examine le vagin : le point perforé par l'aiguille était bien fermé ; mais il restait à la partie antérieure de l'incision urétro-vestibulaire un endroit rouge, et qui ne s'était pas encore fermé.

Il faut remarquer, du reste, à l'occasion de cette incontinence, qu'elle n'avait pas toujours lieu, que les draps de la malade n'étaient pas toujours mouillés, et que, quand on la sondait, l'on trouvait ordinairement de l'urine dans la vessie. La malade ne perdait son urine que quand elle était restée un certain temps sans la rendre volontairement. L'onanisme n'était pas d'ailleurs sans influence, et, après les causes physiques possibles de l'incontinence, il ne faut pas oublier de tenir compte

de l'atonie et de la laxité, qui pouvaient être produites par l'habitude ancienne de la masturbation chez l'opérée.

Outre les souffrances qu'a causées à la malade, pendant seize mois, la présence d'un corps étranger dans la vessie, elle a reçu, par l'opération, la plus douloureuse et la plus terrible leçon, et, si elle parvient à renoncer à son malheureux penchant, il est probable que la guérison s'opérera d'une manière complète, et que, avec la cicatrisation entière de la plaie, les organes recouvreront leurs fonctions ; enfin que dès lors la jeune fille jouira d'une aussi bonne santé qu'auparavant.

Olivet, D. M.

CHIMIE ET PHARMACIE.

RECHERCHES DES PETITES QUANTITÉS D'OPIUM. — PORPHYROXINE, NOUVELLE SUBSTANCE DÉCOUVERTE DANS L'OPIUM.

Il existe divers moyens tous assez délicats, il est vrai, pour arriver à la constatation de la présence de l'opium dans un mélange quelconque. M. Heusler vient d'en faire connaître un nouveau, basé sur la réaction chromatique d'une substance nouvellement connue.

En traitant de la poudre d'opium par de l'éther sulfurique bouillant, et l'évaporant, on obtient un résidu gras, visqueux, avec des cristaux de méconine et de narcotine. Si l'on traite avec de l'eau bouillante ce produit complexe, la méconine se dissout alors, et la narcotine peut être dissoute par l'alcool ; mais dans cette dernière solution, on rencontre aussi une substance trouvée et nommée il y a déjà quelque temps, par Merck, *porphyroxine*, substance qui possède la propriété de prendre une couleur rouge pourpre si on la chauffe dans l'acide chlorhydrique dilué.

Cette substance est neutre, cristallise en aiguilles brillantes. Les acides sulfurique et azotique que l'on fait agir sur elle déterminent une couleur olive ; elle se dissout dans les acides sulfurique et chlorhydrique dilués, et se colore alors par la chaleur en rouge pourpre ou rose, selon le degré de concentration de la dissolution. Les alcalis décolorent le liquide en donnant un précipité blanc. La solution chlorhydrique rouge pourpre est précipitée par l'acide tannique et par le sel d'étain avec l'apparence de laque. La solution d'or occasionne un précipité sale rouge, le sous-acétate de plomb un précipité rosé. Le chlorure de fer précipite la solution en brun et la couleur rouge disparaît totalement.

Veut-on découvrir de l'opium dans un médicament composé, alors on ajoute d'abord un peu de potasse au liquide, et on le remue ensuite avec de l'éther ; après cela, on imbibe une bande de papier sans

colle de cet extrait éthérique, et l'on recommence d'humecter et de sécher cette bande à plusieurs reprises. Si on humecte ensuite la bande avec de l'acide hydrochlorique dilué, et si on le met en contact avec de la vapeur d'eau, alors la bande de papier se colore plus ou moins en rouge, selon la proportion d'opium.

La porphyroxine n'étant pas soluble dans l'eau, l'essai ci-dessus n'aurait aucun résultat sur des préparations opiacées qui auraient pour base l'extrait gommeux. Il ne peut en avoir qu'autant qu'elles contiennent l'opium brut, en nature, ou avec ses solutions alcoolique ou éthérique.

Tel est le procédé conseillé par M. Heusler pour déceler la présence de l'opium dans un mélange qui en contient, et dans lequel on a intérêt à le reconnaître lui-même et non pas seulement ses alcaloïdes. Ce procédé est à connaître, aussi l'indiquons-nous; mais il nous paraît moins sensible, d'une exécution moins facile que celui qui consiste à rechercher l'opium à l'aide des réactifs de la morphine qu'il contient d'une part, et de l'acide méconique combiné à celle-ci d'autre part. Cependant nous devons faire remarquer que certains opiums ne contenant pas la morphine à l'état de méconate, mais bien à l'état de sulfate, on ne pourrait obtenir avec eux la réaction de l'acide méconique. Dans ce cas le procédé de M. Heusler serait donc préférable à celui que nous indiquons.

Rappelons qu'un chimiste allemand a proposé, il y a déjà quelques années, comme réactif très-sensible de l'opium, l'acide xantique, acide que l'on obtient de l'action de l'acide azotique sur l'indigo. Cet acide occasionne instantanément dans les solutés d'opium les plus dilués un précipité jaune serin, tandis que la liqueur devient rouge de vin. Le précipité formé est soluble dans l'alcool, l'éther, les huiles essentielles, les alcalis, etc.

NOTE SUR LA DÉCOLORATION DES VINS PAR LE QUINQUINA.

Dans le dernier numéro du *Bulletin*, nous avons reproduit une remarque de M. Cadet sur le mode de préparation du sirop de quinquina. Aujourd'hui nous venons faire connaître les expériences de M. Soubeiran relatives à une forme pharmaceutique de l'écorce péruvienne non moins importante, nous voulons parler des vins de quinquina.

M. Henry père avait reconnu dès 1825 que les sels de quinine et de cinchonine, ajoutés aux vins rouges très-chargés, précipitaient et amenaient une décoloration manifeste de ces derniers; il en avait conclu que dans la préparation du vin de quinquina, il fallait préférer

le vin de Bourgogne aux vins rouges très-chargés du midi de la France.

M. Soubeiran fait observer avec juste raison que les expériences de M. Henry père portent sur les sels de quinine et de cinchonine isolés, et non sur ces sels faisant partie constituante du quinquina. Quant à lui, il a expérimenté directement l'action du quinquina même sur le vin rouge, et il résulte de son travail que dans la décoloration de cette sorte de vin par le quinquina, il y a autre chose qu'une précipitation des alcalis organiques par la matière tannante de ce liquide.

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Les alcaloïdes du quinquina sont précipités en partie par la matière tannante des vins dans la préparation du vin de quinquina.

« 2° De cette action résulte une décoloration du vin.

« 3° Il faut préférer les vins blancs, ou au moins les vins rouges de Bourgogne, aux vins plus chargés du Midi. Ce sont là les observations déjà faites par M. Henry père, en 1825.

« 4° Dans l'action du vin sur le quinquina, la décoloration est produite en partie par la teinture de la fibre végétale aux dépens de la matière colorante. Tout s'y trouve réuni, fibre végétale qui représente le tissu, tartre du vin qui sert de mordant, vin au quinquina qui fournit la matière colorante.

« 5° Le vin blanc donne lieu à ces divers phénomènes comme le vin rouge (à l'intensité près).

« 6° Dans la préparation du vin de quinquina, suivant le dosage, d'ailleurs très-convenable, fixé par le Codex (1 écorce, 2 alcool à 56°, 12 vin), il y a toujours une portion de l'alcali organique qui n'est pas dissoute, et qui reste dans le marc avec du rouge cinchonique et des matières grasses. »

Il résulte donc aussi du travail de M. Soubeiran que les vins de quinquina au vin de Madère, de Malaga et autres vins de liqueur, sont de bonnes préparations, puisque ces derniers vins ne donnent que très-légèrement lieu à ces réactions fâcheuses, au point de vue thérapeutique.

SUC DE RÉGLISSE VERMIFUGE.

On incorpore du calomel dans du suc de réglisse purifié et roulé en petits cylindres, en s'arrangeant de telle sorte que chaque magdaléon ou cylindre contienne un, deux ou plusieurs grains de chlorure mercureux.

Le calomel ne change rien à l'aspect physique de cette pâte ; le suc ne fond que lentement dans la bouche : on n'aperçoit d'abord aucun

goût désagréable ; ce n'est qu'après un séjour prolongé qu'on ressent un arrière-goût métallique.

Cette préparation, que M. Sobry a proposée dans le Journal de chimie et de toxicologie, est destinée à rendre l'administration du chlorure mercuriel plus facile et plus agréable chez les enfants ; mais elle présente, suivant nous, un inconvénient, c'est de laisser longtemps le sel mercuriel en contact avec la muqueuse buccale. DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS GRAVE DE CHOLÉRA SPORADIQUE. BONS EFFETS DE L'ÉTHER SULFURIQUE ET DE LA SAIGNÉE.

Je crois devoir vous communiquer un cas de choléra que j'ai observé chez une jeune femme lymphatique âgée de dix-neuf ans. J'ai, dans cette circonstance, eu beaucoup à me louer de l'éther sulfurique et de la saignée. Si vous croyez que ces faits puissent avoir leur utilité pratique, veuillez les insérer dans vos colonnes.

Le 10 septembre dernier, Marceline Belot, de Droué, se couche à dix heures, gaie et bien portante, après avoir, selon son habitude, soupé à sept heures. A minuit et demi, des envies de vomir la réveillent, et des évacuations abondantes, non douloureuses, ne tardent pas à se manifester spontanément par les deux voies ; les vomissements sont séreux, mêlés de grumeaux blancs semblables à du riz crevé ; les selles, liquides, contiennent les mêmes matières. Sortie dans sa cour, la malade est prise d'une grande faiblesse, de froid des extrémités. De retour au lit, elle éprouve un tel besoin de boissons froides, que toutes celles qu'on lui donne lui paraissent chaudes ; à ces symptômes toujours croissants viennent se joindre des crampes très-douloureuses dans les jambes et les cuisses, puis la vue s'éteint.

Arrivé chez cette jeune femme le 11 à six heures du matin, je la trouve dans l'état suivant : le facies décomposé, cadavéreux ; les lèvres cyanosées ; la langue froide, rude au toucher ; les yeux profondément excavés, entourés d'un cercle bleu ; les cornées ternes, l'haleine froide, la voix éteinte, le nez et les membres glacés, la peau des pieds et des mains sèche, plissée, rugeuse ; l'ouïe est conservée ; la radiale sans pulsations, le cœur donne 36 à 40 par minute. La malade est en proie à une soif inextinguible, à des angoisses douloureuses, avec nausées quelquefois suivies de vomissements semblables aux précédents ; les selles sont copieuses, involontaires, les urines supprimées.

En présence d'accidents si alarmants, je diagnostiquai un de ces cas

de choléra sporadique, qui, par leur gravité, consternent les familles et embarrassent le médecin.

Il fallait calmer la perturbation profonde dont le tube digestif était le siége, et rétablir la circulation qui pouvait amener la stase du sang au cerveau, et par suite l'asphyxie. J'entoure la malade de bouteilles d'eau chaude ; je lui donne, toutes les cinq minutes, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Ether sulfurique, 4 grammes ; laudanum de Sydenham, 20 gouttes ; eau distillée de tilleul, 180 grammes ; sirop simple, 60 grammes.

Toutes les dix minutes, un quart de verre de thé de camomille chaud. Deux heures s'écoulent, les vomissements sont moins fréquents, les selles ne diminuent pas, la face se cyanose de plus en plus. Je me souviens des judicieux conseils de M. Gendrin, lors de la redoutable épidémie qui a ravagé Paris, et j'ouvre une veine au bras ; quelques gouttes d'un sang noir et épais sortent en bavant ; je tente, peu après, mais sans plus de succès, la même opération à l'autre bras. Quoi qu'il en soit, le pouls devient petit, filiforme, la radiale donne 40. Encouragé par ce résultat, une demi-heure après, j'ouvre largement une nouvelle veine ; cette fois le sang sort d'abord noir et bavant, mais à la fin, il coule un peu plus librement et moins foncé ; j'en obtiens deux palettes. Sous l'influence de cette saignée, le pouls remonte à cinquante ; les nausées, les vomissements vont s'éloignant ; à six heures du soir, les membres sont moins froids, plus de crampes ; cependant pas d'urine.

Le 12 au matin, après une nuit passable, le pouls donne 55. Les vomissements et les selles sont de plus en plus rares ; l'urine est encore supprimée, la voix est éteinte et la langue froide ; ma cholérique se plaint d'une violente céphalalgie sus-orbitaire ; la cyanose a cédé aux lèvres, les yeux sont moins ternes. Même potion toutes les demi-heures.

A huit heures, le soir, la face est vultueuse, les yeux brillants, quoique excavés, le pouls est à 70. La peau se couvre d'une sueur de bonne nature, l'urine est évacuée en petite quantité dans le lit. Dans la nuit, retour de la voix, d'un peu de sommeil, plus de vomissements. Petit-lait, et toutes les demi-heures, une cuillerée de la potion.

Le 13, plus de sueur ; pouls à 55 ; faiblesse extrême. Même traitement.

Le 14, pouls à 60 ; même faiblesse, éréthisme incroyable du système nerveux, horreur du plus léger bruit. Bouillon de poulet et pain passé ; plus de médicaments ; nuit calme.

Le 15, même état général. Même régime, plus un potage.

Le 16, l'appétit est revenu ; entrée en convalescence, qui est difficile et suivie de plusieurs semaines de prostration.

Voici ce cas de choléra, tel que j'ai pu l'observer heure par heure. Si l'on avait seulement égard à la rapidité de la marche et à la gravité des accidents, on pourrait certes l'assimiler au fléau indien.

Octave Barbin, D. M.
A Droué (Loir-et-Cher).

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS DES OS (*Exemple rare d'un*). M. le docteur Beuds rapporte l'observation suivante d'abcès du tibia, non moins curieuse par sa rareté que par l'issue heureuse de cette grave affection. C'est un document de plus pour l'histoire encore fort incomplète de ces sortes d'abcès.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, scrofuleux, se plaignait, depuis quinze ou seize ans, de douleur vers le bord interne du tibia. La marche et la station verticale exaspéraient ces douleurs. Elles devenaient alors pulsatives ou térébrantes, sans rougeur ni tumeur, et reparaissaient à des intervalles variables. Les choses en étaient, depuis huit ou neuf ans, en cet état, lorsque, à la suite d'un effort, on vit se former, au point douloureux, une tumeur accompagnée d'un peu de rougeur à la peau. On employa des sangsues et l'onguent mercuriel; néanmoins les douleurs allèrent en augmentant, surtout la nuit, et s'accompagnèrent d'œdème avec réaction fébrile. On employa les antiphlogistiques locaux, joints à un traitement général antiscrofuleux. Au bout de deux mois environ la tumeur devint fluctuante en un point que l'on ouvrit : il en sortit du pus de bonne nature, et l'on reconnut qu'il n'existait ni trajet profond, ni tuméfaction de l'os. Quelques jours après, il sortit brusquement un flot de pus. Le stylet put alors pénétrer à 7 centimètres de profondeur; mais on ne reconnut ni carie ni dénudation de l'os. On avait affaire à un abcès idiopathique de l'os, auquel il fallait donner issue. On ne pouvait trépaner le tibia en un point aussi rapproché de l'articulation; d'un autre côté, l'action de l'éponge préparée eût été trop douloureuse. On se borna à introduire des mèches de charpie, et à pratiquer quelques légères cautérisations qui suffirent pour modifier avantageusement la marche de cet abcès, lequel finit par se fermer. Au bout de deux mois, la cicatrice se rouvrit; il y eut de l'œdème, de l'inflammation, de la suppuration, puis l'abcès se referma pour se rouvrir et se refermer encore. Depuis un an, il n'est pas survenu de nouveaux accidents, et le malade se sert bien de sa jambe.

Dans le cas que nous venons d'analyser, il ne paraît pas douteux que l'on ait eu affaire à un abcès idiopathique, par lequel se serait terminée l'inflammation chronique dont le tibia était depuis plusieurs années le siége chez ce sujet. L'absence de tuméfaction de l'os, le caractère particulier des douleurs, l'accident qui a précédé la formation de l'abcès, la nature du pus auquel son ouverture a donné issue, tout concourt à faire distinguer parfaitement ici un abcès osseux d'avec une carie. Mais cette distinction est loin d'être toujours aussi facile, elle l'est d'autant moins que le plus souvent ces abcès finissent par donner lieu eux-mêmes à la névrose et à la carie, et que ces diverses lésions se produisent le plus ordinairement les unes et les autres dans des circonstances à peu près identiques, c'est-à-dire pendant la jeunesse, à la suite d'un coup ou d'une contusion, et surtout sous l'influence des cachexies scrofuleuse ou syphilitique. Il importe cependant de distinguer, autant que cela se peut, l'abcès simple d'avec l'abcès scrofuleux avec carie ou nécrose; le premier exigeant, au début, un traitement plus particulièrement antiphlogistique, lequel serait tout à fait insuffisant et même contraire dans l'autre cas. (*Jahrbericht der gesannu ten medizin*, et *Journ. des Connaiss. médico-chir.*, juin 1848.)

COLCHIQUE (*Empoisonnement par*

la teinture de) ; traitement par l'eau iodée ; guérison. Le fait suivant, communiqué à l'Académie de médecine par M. le docteur Leroy des Barres, de Saint-Denis, nous a paru digne de fixer l'attention de nos lecteurs, autant comme exemple rare d'empoisonnement accidentel par la teinture de colchique, que comme indication thérapeutique à suivre en pareil cas. On sait que l'eau iodée a été préconisée par quelques auteurs, et en particulier par M. Bouchardat, comme antidote des poisons narcotiques. Cette occasion est l'une des premières, sinon même la première, qui se soit offerte de soumettre à l'expérience une médication dont l'indication ne reposait jusque-là que sur une donnée purement théorique. Le fait que nous allons rapporter, ne suffit pas à lui seul, sans doute, pour juger cette importante question de thérapeutique toxicologique ; mais il devra, du moins, être considéré comme une première donnée expérimentale capable d'encourager à de nouvelles tentatives en pareille circonstance. —Voici le fait rapporté par M. Leroy.

Une femme de cinquante-sept ans était tourmentée depuis plusieurs mois par des douleurs dans la région épigastrique et dans l'abdomen. Un médecin lui prescrivit 30 grammes de teinture de colchique, à prendre par cuillerée à café, matin et soir, dans une tisane de chiendent et de queues de cerises miellée. Mais, avant de commencer ce traitement, la malade devait prendre un purgatif composé de sirop de nerprun et de sulfate de soude. Par suite d'une erreur malheureuse, la bouteille de colchique fut donnée au lieu et place du sirop de nerprun, avec le sulfate de soude, et avalée d'un seul trait. Au bout de cinq minutes environ, il se déclara des douleurs atroces dans l'estomac et les intestins, avec une anxiété excessive. M. Leroy des Barres, appelé peu de temps après, trouva la malade extrêmement agitée, et d'autant plus inquiète qu'elle connaissait la méprise dont elle était victime. La face était pâle, grippée, les yeux cernés ; l'estomac et les intestins étaient le siége de douleurs intolérables. Un seul vomissement de matières glaireuses fut suivi de selles liquides noirâtres, très-fétides, accompagnées de coliques violentes. La malade se plaignait d'un sentiment d'étouffement et de strangulation. Le pouls était faible et n'offrait que cinquante pulsations par minute ; extrémités froides. Malgré une si grande perturbation, la vue restait intacte, l'intelligence parfaite ; il n'existait ni céphalalgie, ni vertiges, ni soif, ni sécheresse de la langue.

M. Leroy des Barres commence par exciter le vomissement avec 5 centigrammes de tartre stibié dans 20 grammes d'eau. Trois minutes après, la malade vomit plusieurs fois un liquide jaunâtre, qui exhalait une odeur alcoolique semblable à celle de la teinture de colchique. On suscite encore plusieurs vomissements, à l'aide de trois verres d'eau tiède ; après quoi M. Leroy des Barres administre une tasse à café d'eau iodée qui paraît calmer légèrement les crampes de l'estomac et les coliques intestinales ; puis, une demi-heure après, il laisse la malade un peu rassurée et recommande de lui donner dans une demi-heure une seconde tasse d'eau iodée. Même état une heure après ; seulement aux vomissements continuels se joignent des crampes dans les muscles des jambes et des bras ; les extrémités sont froides, les mains violacées. M. Leroy des Barres prescrit des frictions sur les membres, des cataplasmes sur l'abdomen, des sinapismes aux pieds et la continuation de l'eau iodée. Treize heures après l'ingestion du poison, il y avait toujours prostration des forces, vomissements et diarrhée, crampes dans les membres, soubresauts des tendons, agitation extrême, douleurs abdominales ; à peine quelques gouttes d'urine avaient-elles été rendues ; le pouls marquait 65 battements.

Le lendemain les symptômes persistent avec accélération du pouls (90) ; la chaleur est plus régulièrement repartie ; la langue est aride, la soif vive ; les urines nulles par défaut de sécrétion ; mais les phénomènes spasmodiques, tels que les crampes, les soubresauts, le sentiment de strangulation avaient disparu. (10 sangsues à l'épigastre ; tisane de chiendent et de guimauve avec sirop de gomme, cataplasmes, lavements émollients, diète absolue.) Dans l'après-midi, soulagement marqué ; la malade urine abondamment.

Le neuvième jour, l'amélioration

continue ; on fait avaler à la malade deux tasses de lait coupé. — Le 20, cinquième jour, la fièvre a disparu, mais la diarrhée persiste ; à partir du 23, la malade va de mieux en mieux, et le 1er octobre elle est entièrement rétablie ; c'est-à-dire souffrant moins qu'avant son empoisonnement.

EAUX MINÉRALES *salines d'Allemagne et de France.—Examen comparatif de leur composition chimique et de leur action thérapeutique.* Sous ce titre, MM. les docteurs Figuier et Mialhe ont exposé, dans un travail récemment communiqué à l'Académie de médecine, le résultat de recherches qu'ils ont faites en commun pour étudier comparativement les eaux provenant des différentes sources minérales d'Allemagne et celles des sources de France, et vérifier par l'analyse chimique jusqu'à quel point il serait possible d'espérer que l'on pût remplacer les unes par les autres dans l'usage thérapeutique. Cette idée leur a été suggérée par M. Trousseau, qui, pendant un voyage sur les bords du Rhin, entrepris dans le but d'étudier les eaux d'Allemagne, crut remarquer que les diverses sources de ce pays avaient toutes une action médicale à peu près identique et qui ne devait pas différer sensiblement des sources de composition analogue que nous possédons en France. MM. Figuier et Mialhe se sont exclusivement occupés dans ces recherches des eaux salines, les eaux alcalines de l'autre côté du Rhin offrant généralement beaucoup moins d'importance. Les résultats auxquels les ont conduits leurs analyses sont dignes d'attention. Ils ont constaté d'abord, tant par les analyses qu'ils ont faites eux-mêmes que par les analyses des plus habiles chimistes allemands, que les eaux des diverses sources de Viesbade, de Nauheim, de Hombourg, de Soden, et celles de Bade, de Kreusnach et de Kissengen, présentent toutes entre elles les plus grandes analogies de composition. Or, la même analogie existe entre les sources françaises de Bourbonne, de Balarue et de Niederbrun, qui offrent toutes, à très-peu de chose près, la même composition chimique et renferment les mêmes principes minéralisateurs. Les eaux salines d'Allemagne et les eaux salines françaises ne varient à cet égard que par la proportion de ces principes. La seule différence sensible que l'on puisse saisir entre elles se trouve dans les proportions de sulfate de chaux et de carbonate de fer. Les eaux d'Allemagne sont un peu plus ferrugineuses que les eaux françaises ; ces dernières sont plus gypseuses que les eaux d'Allemagne. Enfin, toutes les eaux dont il vient d'être question présentent avec l'eau de la mer, véritable type des eaux minérales salines, les plus grandes analogies de composition.

MM. Figuier et Mialhe pensent, d'après ces faits, que si l'on composait des mélanges convenables d'eau de la mer avec de l'eau douce, ou bien avec certaines de nos eaux salines françaises, on pourrait arriver à composer des bains qui reproduiraient d'une manière à peu près intégrale les bains de certaines eaux d'Allemagne. Ainsi, par exemple, en réunissant une partie en poids d'eau de mer, une partie d'eau de Bourbonne et une partie d'eau douce, on obtient un mélange dont la composition est, à peu de chose près, la même que celle de Hombourg. Deux parties d'eau de Bourbonne, une partie d'eau douce, une partie d'eau de mer, fourniraient un mélange qui reproduirait l'eau de Soden. Avec de l'eau de mer chauffée, dont on augmenterait l'activité en y versant une certaine quantité des résidus de l'évaporation des salines, on pourrait enfin, suivant ces auteurs, obtenir un grand nombre des effets thérapeutiques propres aux sources minérales d'Allemagne ; effets que l'on pourrait varier encore soit par le mélange de nos eaux thermales avec l'eau de la mer, soit avec l'addition des eaux mères des salines à ces mêmes eaux minérales ou à l'eau de mer chauffée.

Les conséquences de ces recherches sont, comme on le voit, de la plus haute importance au double point de vue pratique et économique ; car, du moment où il serait établi que certaines eaux minérales françaises pourraient, avec quelques modifications et certains artifices judicieusement employés, remplir les indications thérapeutiques des eaux minérales d'Allemagne, qui jouissent, comme tout le monde le sait, d'une si haute réputation, on retiendrait dans nos établissements thermaux une grande partie des malades qui se transportent annuellement à

l'étranger. C'est aux médecins de nos établissements qu'il appartient de sanctionner par l'expérience pratique les vues ingénieuses et les savantes recherches de MM. Mialhe et Figuier. (*Compte-rendu de l'Acad. de médecine.*)

GROSSESSE. (*Exemple de commencement de travail provoqué chez une femme enceinte par des accès de fièvre intermittente, et suspendu par l'administration du sulfate de quinine.*) Il est un point de thérapeutique sur lequel la science est loin d'être aussi fixée qu'elle devrait l'être, nous voulons parler des bons effets de l'administration du sulfate de quinine, lorsqu'une fièvre intermittente bien évidente vient compliquer la grossesse; nous en avons cité un cas il y a quelques mois, en voici un nouvel exemple non moins remarquable. Une femme de trente ans, habituellement bien portante et mère de plusieurs enfants, était arrivée au huitième mois de sa grossesse, lorsqu'elle fut prise d'une fièvre intermittente qui régnait épidémiquement à cette époque. Chaque accès était marqué, pendant le stade de chaleur, par des douleurs dans le ventre, analogues à celles que provoquent quelquefois les menstruations difficiles. Ces douleurs, qui augmentaient tous les deux jours avec la fièvre qui avait le type tierce, finirent par prendre un caractère tel, que la malade se crut sur le point d'accoucher. Lorsque le docteur Gargio Gaballero fut appelé auprès d'elle, il trouva la malade en proie à une céphalalgie gravative, avec des vertiges, de la fréquence du pouls, de la chaleur à la peau, de la rougeur et de la sécheresse de la langue, etc. L'utérus se contractait douloureusement; à chaque douleur, on sentait le col utérin qui se durcissait et se tendait sous le doigt. Les parties génitales étaient humectées d'une grande quantité de mucus; en un mot, le travail était imminent: avec la période de chaleur, tous ces phénomènes disparurent; le pouls perdit sa fréquence, la peau se couvrit d'une sueur abondante et l'utérus rentra dans le repos. L'accès suivant fut marqué par les mêmes phénomènes, mais encore plus prononcés. Dès lors, l'auteur songea à recourir à l'administration du sulfate de quinine. Dès que la fièvre fut coupée, les contractions utérines ne se montrèrent plus. Ce fut huit jours après, lorsque la fièvre avait entièrement cessé, et que la malade avait repris le cours habituel de ses occupations, que l'accouchement eut lieu naturellement. (*El Telegraf. med.* et *Union méd.*, juin 1848.)

LUXATION DU POUCE, *réduite à l'aide d'un instrument de préhension nouveau.* Pour obvier à la grande difficulté que l'on éprouve à maintenir le pouce, lorsqu'il s'agit de réduire une luxation de cet appendice, M. le professeur Blandin s'est servi avec avantage d'un instrument de préhension imaginé par M. Luër, et qui remplit parfaitement l'intention du chirurgien. C'est une forte pince dont les mors, au lieu d'être simplement élargis, sont bifurqués, et portent entre les deux baguettes parallèles, résultant de cette bifurcation, une pièce de coutil ou de toile à bretelle, tendue à la manière d'un lit de sangle, et dans la duplicature de laquelle on peut placer une lame de liége ou de caoutchouc, qui en augmente la force. Grâce à cette disposition et à la longueur des bras du levier, sur lesquels s'exerce la puissance, on saisit le pouce avec toute la solidité nécessaire, sans que les parties molles, comprises entre les deux hamacs, représentés par les mors de l'instrument, soient contusionnées.

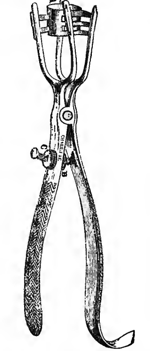
M. Blandin en a fait la première application avec succès sur un menuisier qui, à la suite d'une chute sur la main, s'était luxé le pouce dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Comme toujours, la luxation s'était opérée en arrière; les mouvements étaient impossibles. La luxation ne datait d'ailleurs que de vingt heures. Le pouce fut saisi avec la pince à fourches de M. Luër, de la manière qu'il a été dit plus haut, et porté fortement en avant par un aide robuste, tandis que M. Blandin repoussait en arrière, avec ses deux pouces, la tête du métacarpien. Ces efforts simultanés de traction et de répulsion, combinés en dernier lieu avec un mouvement de bascule communiqué à la phalange, suffirent pour rétablir les rapports normaux des surfaces articulaires. Quatre petites attelles en carton furent en conséquence placées sur les côtés, en avant et en arrière du pouce, et assujetties avec des bandelettes de

sparadrap. Au bout de quarante-huit heures, on enleva les bandelettes; les attelles seules furent maintenues modérément serrées avec une bande, le tout arrosé de liqueurs résolutives. Au bout de quelques jours le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Tout en jugeant, d'après ce fait, de la facilité avec laquelle on peut réduire avec cet instrument les luxations du pouce, lorsqu'elles sont récentes et qu'elles ne présentent d'autres obstacles sérieux à surmonter que la difficulté de préhension du pouce, il faut se garder de croire qu'on obtiendra toujours un aussi heureux résultat. Rien de difficile, dans certains cas, comme de réduire les luxations anciennes du pouce. C'est le cas de rappeler et de mettre en parallèle avec le fait qui précède un second cas de luxation du pouce, dans lequel M. Blandin échoua, non-seulement avec l'appareil en question, mais même après avoir préalablement fait la section sous-cutanée des ligaments latéraux et des attaches des petits muscles de l'éminence thénar, afin de lever tous les obstacles qui paraissaient s'opposer au succès de son emploi.

Il ne faut donc attendre de l'appareil de M. Luër que ce qu'il peut légitimement donner, c'est-à-dire un moyen de faciliter la réduction des luxations récentes du pouce; moyen dont les chances de succès seront d'autant plus grandes qu'on le mettra plus promptement en action.

M. Charrière vient de présenter à la Société de chirurgie un modèle de pince qui nous paraît jouir d'une plus grande puissance. Ainsi que le montre le dessin ci-joint, cette pince est disposée de manière à former un levier du second genre. Les extrémités prenantes sont munies de courroies en cuir A, s'entrelaçant dans les deux tiers de leur étendue; elles forment ainsi un double nœud, qui s'ouvre par l'écartement des deux branches qui forment le manche. L'action et la puissance de ce double nœud peuvent être limitées et maintenues à l'aide et au moyen des écrous B C, en sorte que, sans employer beaucoup de force, on exerce une pression suffisamment grande, qu'on peut d'ailleurs étendre, restreindre et fixer à volonté. Cette pince, on le voit, peut agir indistinctement sur tous les doigts, quels qu'en soient le volume et la longueur.



NÉVRALGIES PUERPÉRALES (*Des*), *de leur origine et de leur traitement prophylactique et curatif.* On sait que M. Trousseau considère l'ipécacuanha comme le spécifique, en quelque sorte, des maladies des femmes en couches, quelle que soit l'affection locale. Le fait suivant, rapporté par M. le docteur Aug. Frédéricq, viendrait à l'appui de cette manière de voir.

Une femme, âgée de quarante ans, éprouva, le dixième jour de son accouchement, une contrariété qui la fit tomber dans une violente colère. Le lendemain, elle ressentit une douleur s'irradiant depuis la région de l'ovaire jusqu'à l'anneau crural, et de ce dernier jusqu'au genou. La douleur était des plus vives et s'exaspérait par la pression. Les fonctions utérines et mammaires n'étaient d'ailleurs pas troublées. On fit prendre à la malade un gramme

d'ipécacuanha divisé en cinq paquets. Le lendemain, la douleur avait cessé. Elle reparut, il est vrai, les jours suivants, et même à plusieurs reprises; mais l'ipécacuanha en fit chaque fois justice, et finit par amener la guérison.

Dans l'exemple que nous venons de rapporter, il s'agit, comme on le voit, d'une névralgie survenue spontanément pendant le cours de la période puerpérale et plusieurs jours après l'accouchement. Il est présumable que c'est à des faits de cette nature que M. Trousseau fait allusion, lorsqu'il préconise comme un spécifique l'emploi de l'ipécacuanha. Mais cette méthode sera-t-elle toujours suivie d'un aussi heureux résultat? Il est permis d'en douter, lorsqu'on aura affaire, par exemple, à ces névralgies sciatiques qui surviennent immédiatement après l'accouchement, et qui, suivant toutes les apparences, sont le résultat de la compression exercée par la tête du fœtus sur le plexus sciatique, pendant un travail prolongé. Cette espèce de névralgie est d'autant plus grave, qu'on en méconnaît souvent l'origine, et que, lorsqu'on n'en arrête pas les progrès dès le début, elle se termine parfois par la paralysie des membres abdominaux. — L'observation de plusieurs cas de ce genre a appelé l'attention de M. le docteur Guttaërt, de Bruxelles, sur les moyens qu'il pourrait être convenable d'employer, pendant l'accouchement, pour prévenir le développement de ces névralgies d'origine toute mécanique.

Parmi les circonstances qui prédisposent à la névralgie sciatique puerpérale, l'auteur signale surtout l'influence du tempérament lymphatique. Il fait remarquer, en effet, que, chez les femmes lymphatiques, la délivrance s'opère avec plus de lenteur, et que leur bassin est étroit relativement au volume de la tête du fœtus. De là le précepte de faire chercher, comme moyen prophylactique, à modifier la constitution lymphatique par tous les moyens connus, et de joindre au traitement général l'usage des bains tièdes non prolongés, mais répétés à intervalles peu éloignés, et suivis de frictions aromatiques.

Mais ce qui importe surtout, en pareil cas, ce sont les soins à donner à la femme pendant l'accouchement, pour hâter la sortie de l'enfant et empêcher que sa tête ne comprime trop longtemps les vaisseaux et les nerfs sciatiques. D'après M. Guttaërt, on arrive à ce résultat : 1° par la position. Il a remarqué que les femmes, dans cette période du travail, sont plus tôt délivrées, et partant moins exposées à l'affection dont il est ici question, lorsqu'elles se tiennent debout, les cuisses écartées, les coudes appuyés sur un meuble; 2° par l'administration du seigle ergoté. L'administration du seigle ergoté ne doit être faite, bien entendu, que lorsque le col utérin est entièrement dilaté, et que le fœtus a franchi les limites du détroit supérieur; 3° par le forceps, auquel l'auteur conseille de recourir sans hésiter, si, malgré l'emploi des moyens qui précèdent, l'expulsion du fœtus se fait encore attendre.

Quant au traitement curatif, voici en quoi il a consisté dans les quelques observations que l'auteur rapporte dans son travail : vésicatoires volants promenés sur la colonne vertébrale, saupoudrés plus tard de sulfate de morphine, et à l'intérieur un mélange de sulfate de quinine, de sous-carbonate de fer et de sucre en poudre. Sous l'influence de ce traitement, secondé par une nourriture substantielle et peu excitante, il a été assez heureux pour voir cesser des névralgies sciatiques qui menaçaient de se terminer par la paralysie. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, mai, 1848.)

PUSTULE MALIGNE MULTIPLE (*Sept pustules sur le même membre*), *guérie au moyen de la cautérisation aidée des vésicatoires appliqués localement.* Un ouvrier tanneur, après avoir travaillé toute une journée à déballer des peaux de mouton exhalant une forte odeur de putréfaction, ressent, le lendemain, une légère démangeaison à la partie externe et antérieure de l'avant-bras droit. Trois jours après, apparaît une petite tache rouge bientôt suivie de petites phlyctènes et d'un gonflement considérable, avec endolorissement du membre, fièvre et céphalalgie; bref, tous les signes d'une pustule maligne. M. Bourguet, appelé auprès de ce malade, pratique aussitôt une cautérisation avec le chlorure d'antimoine, après avoir scarifié préalablement la tumeur dans toute son épaisseur, et l'avoir circonscrite par une incision circulaire. — Le lende-

main, l'état du malade est aggravé : adynamie et anxiété profonde, délire, syncope, etc. Les pièces de l'appareil enlevées, le médecin reconnaît avec surprise qu'à côté de la pustule, cautérisée la veille et le matin, il en est survenu plusieurs autres, savoir : trois à la partie interne et supérieure de l'avant-bras, une à la partie moyenne, et deux à la partie inférieure. Ces nouvelles pustules, un peu moins étendues que la première, étaient assez bien circonscrites ; il existait entre elles des intervalles, dans lesquels la peau était complètement saine. La tuméfaction, bornée d'abord à la main et à l'avant-bras, était actuellement propagée à tout le membre qui était insensible et presque froid. Etat général encore plus grave que la veille. Après avoir scarifié et cautérisé les nouvelles pustules, M. Bouguet fait entourer le bras d'un large vésicatoire disposé en bracelet, s'étendant du pli du coude jusque vers le tiers supérieur du membre ; l'avant-bras et le dos de la main sont à leur tour entourés de deux immenses vésicatoires, l'un en avant, l'autre en arrière, de façon qu'aucune partie du membre ne reste à découvert, si ce n'est les doigts et la paume de la main. A dater de ce moment, il survient une amélioration notable ; la prostration est moins profonde, la respiration plus libre ; le pouls se relève. Les pustules n'ont pas augmenté d'étendue ; tout le membre est un peu plus chaud.—Le surlendemain, les pustules présentent, pour la première fois, un cercle inflammatoire éliminateur autour de l'escarre ; la convalescence se prononce dès cet instant, et après le temps nécessaire pour l'élimination des escarres et la cicatrisation des plaies qui en furent le résultat, le malade se rétablit complétement.

Cette observation offre un double intérêt, comme exemple rare de pustule multiple (on ne trouve dans les auteurs que de très-rares exemples où il y ait eu deux et tout au plus trois pustules simultanées), et surtout à cause de l'excellent effet que paraît avoir eu l'action des vésicatoires concurremment avec la cautérisation, alors que la cautérisation seule avait été insuffisante pour arrêter les progrès du mal. (*Gaz. méd.*, mai 1848.)

RÉTENTION D'URINE *dans les maladies de l'urètre accompagnées d'hémorrhagie, et des moyens d'y remédier.* Tous les chirurgiens savent que lorsque, par suite d'une affection quelconque, soit de la muqueuse du canal, soit de la prostate, la partie profonde de l'urètre vient à être occupée par des caillots de sang, il est souvent très-difficile de remédier à la rétention d'urine, qui est le résultat ou la complication fréquente de cet état. Soit, en effet, que l'on emploie, pour arriver dans la vessie, une sonde d'argent, que sa rigidité empêchera d'introduire à travers un canal enflammé ; soit qu'ayant recours, au contraire, à une sonde de gomme élastique, le sang qui y pénètre pendant qu'elle traverse l'urètre mette obstacle à ce qu'elle donne issue à l'urine ; dans un cas, comme dans l'autre, le praticien peut se trouver dans une position très-embarrassante. On a proposé divers moyens de surmonter ou plutôt de tourner la difficulté. Dans un cas de ce genre, où le danger était pressant, M. le docteur Bernard eut l'idée, dont il s'est bien trouvé, d'introduire d'abord une petite sonde élastique, presque à frottement, dans une plus grosse. L'instrument, ainsi chargé et parfaitement flexible, malgré sa grosseur, une fois arrivé dans la vessie, le chirurgien en retira la sonde intérieure, et l'urine prit son cours. D'autres chirurgiens, pensant que cette manœuvre ne serait pas toujours possible ou suffisante, ont proposé d'exercer avec une bonne seringue une aspiration sur l'orifice extérieur de la sonde, comme moyen de débarrasser promptement celle-ci des caillots qui obstrueraient ses yeux.

Le procédé de M. Bernard, secondé au besoin par l'adjonction d'un moyen d'aspiration, pourrait suffire dans beaucoup de cas, mais il en est beaucoup d'autres aussi où il pourrait échouer ; tels sont ceux, par exemple, où il y aurait des caillots dans la vessie, et surtout si ces caillots y formaient une masse compacte. Il est évident que, dans ce cas, la sonde-mandrin retirée, la sonde évacuatrice se trouverait aussitôt remplie et obstruée. Voici, en pareille circonstance, le procédé que M. Mercier met et propose de mettre en usage.

Il introduit une grosse sonde, élastique ou non, par le procédé que

le cas lui semble exiger, et, s'il s'aperçoit qu'elle se trouve obstruée par du sang, il pousse dans sa cavité une tige flexible et fine, terminée par un renflement sphérique proportionné au calibre de la sonde, un peu plus faible cependant. Les bougies exploratrices à renflement terminal, qu'elles soient en métal ou en gomme élastique, conviennent parfaitement. Le renflement de la bougie ne remplissant pas exactement la sonde, les caillots qu'il écrase passent au-devant de lui, et il les amène au dehors lorsqu'on retire la bougie. On peut encore, et mieux, pousser ce renflement jusque dans l'extrémité de la sonde, et attendre, avant de la retirer, qu'une certaine quantité de caillots se soit engagée dans le canal par ses orifices latéraux ; on en extrait alors des quantités considérables, surtout si la bougie est métallique ; car alors la tige qui supporte le renflement peut n'être qu'un simple fil d'argent ou de laiton, qui ne diminue en rien la capacité de la sonde.

Dans quelques cas, M. Mercier conseille aussi de recourir, comme moyen adjuvant, à l'aspiration faite à l'aide d'une seringue ; mais il pense qu'on doit prendre alors quelques précautions dont l'oubli pourrait entraîner des accidents sérieux.

« Règle générale, dit-il, on ne doit pratiquer cette aspiration qu'autant qu'on est parfaitement sûr qu'il existe dans la vessie un liquide à aspirer ; autrement on exercerait sur la muqueuse elle-même une succion d'où résulterait une congestion, ou même une exhalation sanguine. Pour prévenir ce danger, M. Mercier conseille de commencer toujours par pousser une certaine quantité d'eau, légère, si la vessie est très-distendue, plus forte, dans le cas contraire. On aspire ensuite, mais en ayant bien soin de ne jamais retirer le piston plus qu'on ne l'a poussé d'abord, à moins que la facilité avec laquelle l'aspiration se fait ne permette pas de douter qu'un liquide contenu dans la vessie n'afflue dans la seringue ; en d'autres termes, on ne doit se permettre des tractions tant soit peu énergiques sur le piston, qu'autant qu'on ne l'a pas retiré plus qu'on ne l'avait poussé d'abord.

« En réitérant ainsi un certain nombre de fois ces injections et ces aspirations, il est rare, ajoute M. Mercier, qu'on ne parvienne pas à retirer tous les caillots. Toutefois, si la masse était tellement compacte que cette manœuvre ne pût parvenir à la déloger et à l'extraire, on devrait avoir recours à la sonde évacuatrice à double courant de l'auteur. (*Gazette méd.*, mai 1848.)

SULFATE DE FER (*Emploi du*) *contre les hémorrhagies qui suivent l'excision des hémorrhoïdes internes et dans le traitement de la chute du rectum.* On sait que l'une des causes qui éloignent le plus les chirurgiens de l'emploi de l'excision contre les hémorrhoïdes internes, c'est la crainte des hémorrhagies graves qui peuvent en être la suite, et qui peuvent entraîner la mort, dans les cas où l'art n'intervient pas assez promptement. M. le docteur Vincent a consigné, dans un ouvrage intitulé : Observation on some parts of surgical practice, un procédé qui lui paraît propre à mettre à l'abri de cet accident. C'est tout simplement une dissolution aqueuse de sulfate de fer (5 centigrammes pour 30 grammes) : si ce liquide est injecté en petite quantité dans le rectum, de manière à ce qu'il reste quelque temps en contact avec les parties incisées, on peut être à peu près certain qu'il n'y aura pas d'hémorrhagie. L'auteur professe pour l'excision des hémorrhoïdes une prédilection que nous sommes loin de partager. Suivant lui, la ligature est beaucoup plus douloureuse, le gonflement et la sensibilité qui en sont la conséquence sont bien autrement à craindre que la douleur de l'excision. Mais la phlébite n'est-elle pas beaucoup plus à craindre dans l'excision que dans la ligature? N'est-ce pas un accident beaucoup plus redoutable que la douleur et le gonflement des hémorrhoïdes produits par cette dernière?

Ce n'est pas seulement pour arrêter les hémorrhagies, résultant de l'excision des hémorrhoïdes, mais aussi contre le prolapsus du rectum, que M. Vincent recommande le sulfate de fer. Les mêmes injections dont il a été parlé plus haut ont réussi à guérir, en trois semaines, des cas de prolapsus qui dataient de vingt ans, et qui étaient accompagnés d'hémorrhoïdes et d'écoulement sanglant. Une des conditions du succès, suivant M. Vincent, c'est que le malade garde le lit pendant toute la durée du traitement. Sans nous prononcer sur la valeur d'une médication qui

n'a pas encore été employée sur une grande échelle, il nous semble que c'est là un de ces moyens innocents et sans danger, auxquels un médecin doit avoir recours avant de pratiquer une opération sanglante. Les succès que M. Bretonneau et d'autres médecins ont obtenus, dans plusieurs maladies du rectum, des injections astringentes au ratanhia, nous portent à penser que le sulfate de fer rendrait des services dans les mêmes circonstances. On peut faire entrer l'usage de ces petits lavements dans le plan de traitement proposé par M. Hake pour le prolapsus de l'anus. Les moyens proposés par ce médecin consistent, ainsi que nous l'avons dit dans notre numéro de janvier (p. 78), en un morceau d'éponge (imbibée alors de la solution de sulfate de fer proposée par M. Vincent), que l'on maintient en rapprochant les fesses l'une de l'autre, à l'aide de bandelettes agglutinatives, disposées comme si l'on voulait mettre en contact les lèvres d'une plaie.

TAILLE RECTALE *par un nouveau procédé.* On sait que Sanson conçut, il y a déjà longtemps, l'idée de pénétrer dans la vessie par le rectum, et qu'il proposa deux procédés pour la mettre à exécution. Le premier, qui consistait à attaquer la vessie au-dessus de la prostate, fut rejeté depuis par l'auteur lui-même; le second, qui est celui de Vacca-Berlinghieri, est le seul qui soit resté dans la pratique. Ce dernier consiste, comme on le sait, à inciser le sphincter de l'anus et la partie la plus inférieure du rectum, le périnée, depuis l'anus jusqu'au bulbe de l'urètre, et le triangle cellulaire qui les sépare. M. Maisonneuve a pensé que ce procédé pouvait être avantageusement modifié, en ménageant une grande partie des tissus qui sont divisés. Voici comment il procède :

Le patient est couché sur le dos en travers de son lit, la tête soutenue par un oreiller, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses, les genoux écartés et maintenus dans cette position par deux aides. Un cathéter courbé à large cannelure est introduit par l'urètre jusque dans la vessie. Un aide le maintient perpendiculairement à l'axe du corps, en le déprimant un peu vers le rectum. Ces préparatifs faits, l'opération se compose de trois temps.

Premier temps. Le chirurgien, placé debout entre les cuisses du malade, introduit dans le rectum son doigt indicateur gauche, la pulpe tournée en haut, de manière à reconnaître la prostate et la portion membraneuse de l'urètre. Après avoir senti, au niveau de ce dernier point, la cannelure du cathéter, l'opérateur fixe cet instrument par l'extrémité de son doigt explorateur, et, saisissant de la main droite un bistouri boutonné, ou bien un bistouri pointu dont l'extrémité est enveloppée de linge, il le glisse le long de l'indicateur gauche, jusque dans la cannelure du cathéter, et incise sur cette cannelure, dans l'étendue d'un centimètre, la paroi antérieure du rectum et la portion membraneuse de l'urètre.

Deuxième temps. Sitôt cette incision faite, laissant l'ongle de son doigt indicateur fixé dans la cannelure du cathéter, le chirurgien retire le bistouri, prend un lithotome double dont il tourne la concavité en haut, glisse cet instrument le long de son index gauche jusque dans la cannelure du cathéter, comme il l'a fait précédemment avec le bistouri. Après s'être assuré, par quelques mouvements de glissement, du contact parfait des deux instruments, il retire le doigt indicateur gauche de l'intérieur du rectum; puis, saisissant avec la main gauche le cathéter, il le soulève un peu, tandis que de la main droite il pousse le lithotome jusque dans la vessie. Aussitôt la main gauche, qui tenait le cathéter, retire cet instrument, et la main droite fait tourner sur lui-même le lithotome, pour ramener sa concavité en arrière.

Troisième temps. — Le chirurgien introduit alors dans le rectum, au-dessus du lithotome, l'index et le médius de la main gauche, qu'il écarte l'un de l'autre pour dilater l'intestin et protéger le sphincter, tandis que de la main droite il presse sur la bascule du lithotome et retire cet instrument, dont les lames écartées font ainsi à la prostate et à la partie correspondante du rectum une incision bilatérale.

Quatrième temps. — L'opérateur porte alors son doigt indicateur gauche dans la plaie; sur ce doigt, il dirige les tenettes qui lui servent à chercher et à extraire la pierre.

L'opération, telle que nous ve-

nons de la décrire, a été pratiquée avec un plein succès par M. Maisonneuve, sur un jeune homme de vingt-huit ans, porteur d'un calcul du volume d'une amande recouverte de son enveloppe et ayant pour noyau un morceau de liége accidentellement introduit dans la vessie, circonstance qui avait éloigné l'idée de pratiquer la lithotritie. Le calcul étant très-friable, il fallut, pour l'extraire en totalité, introduire soit les tenettes, soit la curette, au moins une dizaine de fois. Malgré cette circonstance défavorable, il n'y eut qu'une légère réaction fébrile, qui cessa tout à fait le deuxième jour. Bien qu'il ne sortît aucune goutte d'urine par l'urètre, il n'y eut pas le moindre suintement par l'anus. Le malade avait rendu ses urines en allant à la garde-robe. — Le troisième jour, les urines commencèrent à couler par l'urètre. Le quatrième jour, le malade resta levé six heures, et alla se promener dans la cour de l'hôpital. Le neuvième jour, il peut faire le trajet à pied, aller et retour, de Bicêtre à Paris. Dix-sept jours après l'opération, il retourna dans son pays. — A cette époque, il sortait encore une petite quantité d'urine par le rectum, mais M. Maisonneuve a appris depuis que cet écoulement a entièrement cessé. — Cette dernière circonstance est de la plus haute importance, car s'il y avait une objection à faire à ce procédé, c'eût été la crainte qu'il ne laissât subsister une fistule vésico-urétrale. (*Union médic.*, juin 1848.)

UTERUS (*Rupture de l'*) *hors l'état puerpéral par suite d'accumulation de pus dans la cavité de cet organe.* Le cas suivant nous offre un exemple peut-être unique dans la science. Une femme de trente-quatre ans, sujette, depuis l'époque de la puberté, à des douleurs utérines et à des irrégularités menstruelles, fut examinée au mois de juin 1837 par le docteur Guzzo, de Naples, qui trouva l'utérus volumineux et saillant au-dessus du pubis comme au cinquième mois de la grossesse. Le col utérin présentait un peu de tuméfaction, mais sans inégalité ni bosselure. Les accidents continuèrent; vers la fin de juin 1838, la malade ressentit de violentes coliques. L'utérus avait augmenté de volume au point d'arriver jusqu'au-dessous de l'ombilic. Il était resté régulier à sa surface, sauf une légère saillie du volume d'une noix vers sa partie inférieure droite. Il s'écoulait de temps en temps, à des époques irrégulières, un sang menstruel décoloré, mais non fétide, précédé et suivi d'un écoulement séreux bien plus abondant. Cependant la malade se rétablit en partie; elle vaquait aux soins de son ménage, lorsque, vers la fin de novembre 1841, il y eut de l'embarras dans le ventre, avec diminution d'appétit et constipation. Le 1er décembre, il survint des douleurs; le lendemain, l'utérus développé et tendu comme la peau d'un tambour, occupait tout l'abdomen. Son fond arrivait au contact de l'appendice xiphoïde et des cartilages costaux. La tumeur située à droite et en bas avait triplé de volume. Douleur, pesanteur dans les flancs, constipation depuis quatre ou cinq jours. Un purgatif léger avait déterminé un peu de soulagement, lorsque tout à coup la malade éprouva une douleur dans le ventre : c'était une péritonite qui débutait. Le corps de l'utérus cédait un peu sous la pression, et s'était abaissé : ce qui fit présumer qu'il y avait eu rupture de cet organe. Vingt-quatre heures après, la malade succombait. A l'autopsie, on trouva la cavité utérine remplie d'une énorme quantité de pus blanchâtre, presque inodore, analogue au pus phlegmoneux; la surface intérieure de l'organe était parsemée d'excroissances fongueuses assez semblables à des cotylédons de placenta. Les parois utérines étaient épaissies et contenaient des masses tuberculeuses à divers degrés de ramollissement. La rupture avait eu lieu à la face postérieure de l'organe à travers l'un des abcès tuberculeux. La tumeur placée en avant et en bas fut reconnue pour une tumeur encéphaloïde qui tendait à se ramollir. La maladie était par sa nature de celles qui ne pardonnent point, et la malade vouée à une mort certaine; cependant ne serait-on pas parvenu à prévenir la rupture de l'utérus par le cathétérisme? Il est très-probable que le col de l'utérus était oblitéré, car sans cela on aurait peine à comprendre l'énorme accumulation du pus qui s'était faite dans sa cavité; or, l'introduction d'une bougie à travers le col eût prévenu cette distension de l'organe dont la rupture a été la dernière conséquence. (*Bullet. de la Soc. anat.*, et *Arch. de méd.*, mai 1848.)

VÉSICATOIRES (*De quelques effets des*) *chez les enfants et chez les vieillards*. La médication vésicante exige, comme toute médication active, une certaine circonspection dans son emploi, surtout aux deux extrêmes de la vie, chez les enfants et chez les vieillards; chez les premiers, à cause du degré extrême d'intensité auquel s'élève parfois l'inflammation de la peau, et du retentissement qui en résulte dans tout l'organisme; chez ceux-ci, à cause des accidents non moins graves, mais d'une nature toute différente, qui paraissent résulter principalement du peu de vitalité des téguments à un âge avancé. Chez l'enfant, en effet, l'action du vésicatoire est beaucoup plus rapide que chez l'adulte; elle produit habituellement tous ses effets dans un espace de deux à six heures, tandis qu'il en faut au moins douze ou quinze, pour que ces mêmes effets se manifestent chez l'adulte. L'inflammation locale produite par le vésicatoire est plus intense chez le jeune sujet que chez l'adulte, ce qui tient à l'organisation plus délicate de la peau, à sa vascularité et à sa sensibilité plus vive. Les vésicatoires sont plus disposés chez l'enfant à être suivis des effets fâcheux de l'inflammation, tels que l'ulcération, la gangrène et même la mort. Enfin, l'excitation générale que produisent les vésicatoires à cet âge est ordinairement plus forte, cette excitation étant, le plus souvent, en rapport direct avec le degré d'irritation locale et la sensibilité du malade. —Il n'est pas de praticiens qui n'aient eu l'occasion de vérifier la justesse de ces remarques, sur lesquelles insistait, avec raison, un médecin américain, M. le docteur Beck, dans un article publié il y a quelques mois. Ces faits sont si bien connus, d'ailleurs, que nous avons eu fréquemment l'occasion, dans ce Recueil, de signaler les abus que l'on fait trop souvent de la médication vésicante au jeune âge, et que plusieurs thérapeutistes ont indiqué des moyens propres à atténuer l'action trop irritante des vésicatoires. Mais ce qui est moins connu peut-être, ou ce qui semble avoir moins préoccupé l'attention des praticiens, ce sont les accidents auxquels peuvent donner lieu les vésicatoires chez les vieillards.

Voici à ce sujet deux faits rapportés par M. le docteur René Vanoye, qui méritent d'être rapportés avec quelques détails.

Un homme de soixante et quelques années s'appliqua, d'après le conseil d'un pharmacien, un vésicatoire de la grandeur de la paume de la main sur la nuque, pour combattre une ophthalmie. L'emplâtre fut placé dans le courant de la journée; la nuit suivante, le malade dormit peu, fut pris de fièvre, et ressentit au cou et au dos une raideur brûlante et douloureuse. Le lendemain matin, au lieu d'une vésication, on ne trouva à l'endroit où avait été appliqué l'emplâtre qu'une plaque rouge et dure. Vers le soir, la fièvre s'étant rallumée avec beaucoup plus de force, M. René Vanoye fut appelé et constata ce qui suit : fièvre intense, céphalalgie excessive et raideur du cou, vers la partie inférieure et postérieure duquel se trouvait une tumeur aplatie, circonscrite, dure, peu proéminente et d'un rouge foncé, livide. Cette rougeur s'irradiait au loin, ainsi que la douleur qui était lancinante, intolérable. Il fit couvrir la partie enflammée de cataplasmes émollients chauds, et ordonna un purgatif de calomel. La nuit fut mauvaise; et, à sa visite du lendemain, M. Vanoye apprit que le malade avait quelque peu déliré. Il trouva la tumeur plus développée, et n'hésita pas à reconnaître tous les caractères d'un anthrax. La tumeur fut incisée profondément, ce qui donna lieu à un écoulement assez abondant de sang veineux, très-foncé, qui amena une détente salutaire. Le reste du traitement ne s'écarta en rien des règles ordinaires. Il fallut six à sept semaines de soins environ, pour que le malade en fût entièrement guéri.

Le second fait a trait à un vieillard, chez lequel un vésicatoire, appliqué sur le haut du dos pour combattre quelques symptômes traînants de pleurodynie, produisit des effets analogues, plus intenses encore. Quelques heures après l'application de l'emplâtre épispastique, une fièvre brûlante s'alluma, et, au lieu de la vésication habituelle, il se forma, à l'endroit où l'application avait été faite, une inflammation circonscrite qui montra, deux jours après, tous les caractères de l'anthrax. Pendant le développement de celui-ci, le malade fut en proie à une réaction fébrile des plus intenses, qui s'accompagna de délire, de rétention

d'urine et d'autres symptômes graves. La tumeur fut incisée, et quoique le bistouri pénétrât profondément, l'écoulement sanguin fut insignifiant, et il fut nécessaire d'en venir après à des cautérisations pour détruire des portions de tissu cellulaire qui présentaient un aspect pour ainsi dire lardacé. La guérison fut lente et s'accompagna d'une éruption furonculeuse abondante.

Un de ces faits, seul, eût pu n'être considéré peut-être que comme un effet tout fortuit, comme le résultat d'une simple coïncidence ; mais le rapprochement de deux faits entièrement semblables ne permet guère de mettre en doute la relation étroite qui lie le développement de ces tumeurs à l'action du vésicatoire. Si ce n'est pas là un point démontré, c'est du moins une hypothèse d'autant plus probable, que des effets, sinon identiques, au moins analogues, ont déjà été constatés plusieurs fois à la suite d'applications de vésicatoires, chez des personnes débilitées par l'âge ou par une maladie prolongée. C'est donc un motif de plus pour insister sur cette circonspection que nous recommandions au commencement de cet article, circonspection qui n'est pas moins utile à l'égard des vieillards, qu'elle l'est à l'égard des enfants, chez qui elle est commandée par des faits plus nombreux et plus authentiques encore. (*New-Yorck Journ.*, et *Ann. de la Société méd. de la Flandre occid.*, avril 1848.)

VARIÉTÉS.

En rendant compte, il y a quelques années (t. XXIII, p. 81), de la proposition faite par M. Bouillaud, à l'Académie de médecine, d'etablir une enquête pour connaître le meilleur traitement à appliquer à la fièvre typhoïde, nous avons pensé que la question qui avait pour but de mettre en relief la méthode de jugulation par l'emploi de la formule des saignées coup sur coup devait être écartée. Nous ne rappellerons pas nos raisons, nous dirons seulement que, dans un rapport fait récemment à l'Académie au nom d'une Commission nommée à ce sujet, M. Martin Solon a démontré l'importance de la question envisagée d'une manière generale, et expose les moyens de la résoudre. Tout en s'occupant du traitement de la maladie, l'honorable rapporteur a cru devoir toucher quelques questions de généralités médicales, qui auraient sans doute servi de texte à une discussion de quelque intérêt, si les esprits pouvaient être détournés des préoccupations politiques qui maintenant les absorbent. Voici l'analyse de ce travail.

Ce sujet, dit M. Martin-Solon, est un des plus importants qui puissent occuper les médecins. S'il intéresse au plus haut degré la thérapeutique, les questions d'étiologie qu'il soulève sont de l'ordre le plus élevé pour la pathologie. Le rapporteur démontre ensuite que les phlegmasies et les fièvres, distinctes longtemps les unes des autres, ont été rapprochées plus tard, et que depuis Baglivi, qui a proclamé que l'erysipèle et le phlegmon des intestins produisent la malignité dans les fièvres mesentériques, jusqu'à Broussais, on a de plus en plus cherché à localiser les pyrexies; on est même arrivé à les rayer du cadre nosologique pour les transformer en autant de phlegmasies. Cependant, ces deux états morbides ne sauraient être confondus, car les nosologistes qui ont dénommé l'*entéro-mésentérite*, tout en regardant cette maladie comme une inflammation, n'ont pu s'empêcher d'y joindre la qualification typhoïde. Une cause speciale semble présider au développement de la plupart des pyrexies, les phlegmasies naissent sous d'autres influences. On a de tout temps indiqué des différences physiques constantes dans le sang des phlegmasies et des pyrexies; les travaux les plus récents montrent que ces différences se retrouvent dans la constitution chimique de ce liquide important. Ces faits ont dû exercer une grande différence sur le traitement de la fièvre typhoïde, regardée, par les uns, comme une phlegmasie, et rangée par les autres avec les pyrexies. C'est pour fixer les incertitudes du monde medical sur ce sujet, que M. Bouillaud a proposé de rechercher, par une *enquête clinique*, le meilleur traitement a opposer à la fièvre typhoïde. Il demande, pour atteindre ce but, « que, l'agrément de l'administration supérieure obtenu, l'on place, dans une salle désignee, un nombre suffisant de malades atteints de fièvre typhoïde ; que

l'on soumette un nombre égal d'entre eux aux diverses méthodes curatives qui se disputent la préférence, et qu'une Commission de l'Académie suive ces traitements, et fasse un rapport comparatif de leur efficacité. »

La Commission, composée de MM. Guéneau de Mussy, Gauthier de Claubry, Roche, Bricheteau et Martin-Solon, nommée pour juger l'opportunité de la question, a pensé que l'inconvénient de réunir un grand nombre de malades atteints de fièvre typhoïde empêcherait l'administration de répondre d'une manière satisfaisante à la demande qui lui en serait faite.

En supposant même la permission obtenue, elle se demande s'il conviendrait de soumettre dans la même salle, ou même dans les salles différentes d'un hôpital, des malades atteints d'une même affection, celui-ci à telle méthode de traitement, celui-là à une méthode différente? En effet, de quel droit placerait-on tel malade dans une catégorie plutôt que dans une autre, si l'on espère ici la guérison, et si l'on craint ailleurs un résultat contraire, etc., etc.? Remédierait-on à ces objections, en mettant les malades dans des services différents, sous la direction de médecins dont la pratique représenterait les opinions thérapeutiques qui ont le plus de crédit dans le traitement de la maladie? Mais alors, à quel nombre faudrait-il porter celui des commissaires? En combien de sections faudrait-il les diviser? Que de temps ne faudrait-il pas consacrer à un pareil travail! Ne serait-il pas d'ailleurs bien difficile d'obtenir des conclusions rigoureuses d'hommes qui n'auraient pas vu les mêmes faits?

Ne trouvant donc dans *le mode d'exécution* de la proposition qu'inconvénients pour les malades, fatigues inutiles pour les commissaires chargés de l'enquête, et nul résultat scientifique ou pratique avantageux, la Commission rejette ce mode d'exécution, mais elle adopte le *principe* de la proposition. Il lui semble, en effet, que signaler la meilleure méthode de traiter une maladie si grave et si fatigante, qui décime la partie la plus vigoureuse de la société, serait rendre à l'humanité le service le plus éminent, et que, pour arriver à ce but, il suffirait que l'Académie fît un appel au zèle de tous les médecins laborieux pour qu'ils voulussent coopérer à cette œuvre, si importante et si désirable, en envoyant des observations consciencieuses et bien rédigées, qui seraient réunies et appréciées par une Commission indépendante et judicieuse.

On arriverait à ce double résultat en se soumettant aux règles suivantes: donner aux faits recueillis par des observateurs différents, un degré suffisant d'uniformité qui les rende comparables entre eux, comme l'ouvrage d'un seul homme, en demandant qu'ils soient rédigés d'après quelques notions générales adoptées par l'Académie; prier les observateurs, soit que les faits aient été recueillis dans les hôpitaux, ou dans la pratique particulière, de les rédiger sous l'*impression clinique*, et non de mémoire; de les envoyer *tous*, sans aucune exception de mort ou de succès; de les faire parvenir datés, signés et faciles à séparer des Mémoires dont ils feraient partie, afin que l'on puisse facilement les rapprocher de ceux des autres collaborateurs, pour en tirer les conclusions qui pourraient naître de ce rapprochement.

L'enquête se compléterait en remettant ces nombreuses observations à une Commission spéciale de l'Académie, chargée d'en apprécier l'authenticité, de voir si elles ont quelque importance, si elles rapprochent des notions générales adoptées, ou si, rédigées d'après d'autres données, elles n'en doivent pas moins être acceptées et comprises dans le rapport qui servirait de base aux conclusions à formuler.

Entrepris d'après ces vues, ce travail, auquel il serait à désirer de voir concourir le plus grand nombre possible de bons esprits, étrangers ou nationaux, différerait de tous ceux que nous possédons, en ce que les faits et les conséquences qui en pourraient découler n'étant point présentés par le même auteur, resteraient nécessairement étrangers aux idées préconçues qui, dans la plupart des livres, les rapprochent trop souvent; ce travail offrirait des observations recueillies par des hommes imbus de principes médicaux variés, et employant, selon leur conviction personnelle, des traitements différents. Les observations prises dans des localités variées et nombreuses permettraient d'apprécier l'influence des temps et des lieux sur la marche et le traitement de la maladie, et, quand elle se présente sous la forme épidémique, étudier les modifications que ce nouvel élément

peut lui imprimer. De tels documents ne donneraient-ils pas le meilleur moyen d'avoir une description complète de la fièvre typhoïde, et de connaître le traitement qui doit lui être appliqué avec le plus d'avantage ?

Le diagnostic bien établi de la fièvre typhoïde serait le point de départ le plus important de cette enquête. M. Martin-Solon insiste sur cette partie fondamentale du travail, en examinant rapidement la description de la maladie à laquelle il assigne pour caractères essentiels : la stupeur que les traits de la face expriment à un haut degré, et qu'un *subdelirium* plus ou moins prononcé accompagne ; un état fébrile qui se prolonge pendant deux ou trois septénaires, quelquefois plus ; une lésion intestinale particulière que la douleur, le gargouillement et la diarrhée font souvent reconnaître ; une éruption, désignée sous le nom de lenticulaire rosée, regardée par beaucoup de pathologistes comme spéciale à la fièvre typhoïde ; des escarres gangréneuses qui se développent spontanément dans divers points, et la disposition générale de même nature, que l'on observe dans quelques circonstances. Ces caractères principaux servent à distinguer la fièvre typhoïde des fièvres éphémère et synoque, de l'embarras gastrique et de la fièvre bilieuse ; ils empêcheront de la confondre avec la méningite et l'entérite, affections qui offrent avec elle certaines analogies, mais qui, pas plus que les précédentes, ne présentent l'ensemble des symptômes qui lui appartiennent.

Après avoir mentionné les formes légère, moyenne et grave de la maladie, ses formes abdominale, thoracique et céphalique, ses variétés inflammatoire, bilieuse et épidémique, etc., le rapporteur s'occupe de la question importante de contagion, sur l'existence de laquelle certains faits ne laissent point de doute, mais qui cependant a besoin d'être encore étudiée. Les petites localités, selon lui, permettent plus que les autres de présenter à l'observation des faits qui ne laissent aucune incertitude. Les complications, surtout celles qui sont de nature inflammatoire, méritent une attention particulière à cause des modifications que le sang peut offrir et de l'utilité que la saignée peut avoir passagèrement.

La marche de la fièvre typhoïde doit être étudiée avec soin, soit pour constater si quelque crise se manifeste, soit pour juger si un traitement quelconque est capable de juguler la maladie. On ne peut mettre en doute que des traitements convenables arrêtent dans leur marche le panaris et la pleuropneumonie par exemple. Les signes évidents qui caractérisent ces deux affections empêchent de nier ces résultats incontestables. Il faut, pour qu'il en soit de même de la fièvre typhoïde, que l'existence de celle-ci soit tout aussi bien démontrée. Qui ne sait que des maladies, graves en apparence, et simulant au début la fièvre typhoïde, cèdent comme par enchantement, en quatre ou cinq jours, à la seule expectation, ou à l'usage de quelques émissions sanguines ou de quelques évacuants? Quelle déception si de pareils faits étaient jamais comptés parmi les cas de fièvre typhoïde jugulée! Le diagnostic, dans ces cas, doit donc être établi d'une manière incontestable.

Passant ensuite rapidement en revue les traitements les plus généralement employés, M. Martin-Solon mentionne d'abord l'expectation, dont les résultats peuvent servir de point de comparaison pour les autres traitements. Il parle ensuite de la saignée, soit employée comme moyen adjuvant, soit prescrite comme médication principale, selon la formule des *saignées coup sur coup* de M. Bouillaud. Puis, viennent les purgatifs, remis en honneur par M. Delaroque ; les toniques, les chlorures, le sulfure noir de mercure, préconisé par M. Serres ; les moyens locaux, et enfin les différents médicaments vantés pour remplir certaines indications, terminent ce paragraphe.

Toutes ces considérations méritent, nous le pensons, une attention particulière. La maladie n'est point de celles qui signalent leur apparition par de cruels désastres, mais qui disparaissent, après quelques mois, pour ne plus revenir ; elle ne cesse point de régner et de faire chaque jour de nombreuses victimes. Le temps, pour examiner les moyens de combattre ce fléau, est des plus favorables, puisqu'on peut le faire et en parler sans préoccupation, et que ce sera pour tout le monde un motif d'espérance et de sécurité.

Les conclusions suivantes terminent ce rapport :

Adopter le principe de la proposition de faire une enquête clinique pour déterminer quelle est, parmi les méthodes de traitement qu'on oppose à la fièvre typhoïde, celle qui semble avoir le plus de succès, et qui, sous ce

rapport, comme sous d'autres moins importants, tels que le développement, la durée de la maladie, etc., mérite la préférence ;

Proposer, à l'aide de la presse et des autorités compétentes, à tous les médecins laborieux qui voudront coopérer à ce travail, de vouloir bien adresser leurs Mémoires et observations à l'Académie ;

Engager les honorables confrères, pour rendre les travaux comparables, d'avoir égard aux notions générales émises dans le rapport ; notions qui ont surtout pour but : 1° de rappeler les caractères essentiels de la fièvre typhoïde ; 2° de mettre en évidence la nécessité d'en tenir compte dans les observations, afin d'empêcher de confondre la fièvre typhoïde avec les maladies qui ont quelque rapport avec elle ; 3° de noter les différentes circonstances de forme, d'origine, de complication, de marche et de durée de la maladie, afin que les observations servent à compléter, d'une manière satisfaisante, plusieurs points obscurs de son histoire ; 4° d'exposer, avec les détails convenables, le traitement prescrit à chaque malade, pour que l'on en puisse connaître les effets, apprécier la valeur, et juger comparativement l'utilité ;

Décider que les Mémoires reçus seront tous annoncés, et, selon leur importance, analysés dans le Bulletin de l'Académie ;

Prier le Conseil d'administration de disposer de fonds d'une importance convenable pour récompenser honorablement les travaux qui auront le mieux répondu à l'appel scientifique ;

Nommer une Commission chargée de recevoir les observations et les Mémoires, de les apprécier, et d'en tirer, s'il y a lieu, des conséquences en rapport avec l'enquête clinique établie par l'Académie.

Il a été décidé, après discussion, que l'Académie nommerait une Commission d'enquête. Proclamée dans une des séances suivantes, cette Commission est composée de MM. Bégin, Cornac, Bricheteau, Martin-Solon, Gaultier de Claubry, Honoré, Guénaud de Mussy, Rayer, Desportes, Renault, Huzard.

Le Comité de l'Offrande des médecins à la République s'est rendu le 3 juin au Palais de l'Elysée national, où siége la Commission des dons patriotiques, et a remis entre les mains de M. Ch. Thomas, l'un de ses membres, la somme de trois mille quatre-vingt-trois francs cinquante centimes, montant de la souscription du corps médical. La liste des souscripteurs, ainsi que nous l'avons annoncé, sera insérée au *Moniteur*.

Il est question d'une opération financière de la plus haute gravité : la vente des biens des hôpitaux et des hospices de toute la France. L'État, d'après l'*Union médicale*, voudrait s'emparer de ces biens et les vendre par parcelles ; en échange de ce qu'ils rapportent actuellement, il serait donné aux établissements de la rente à cinq pour cent garantie sur les forêts de l'État. Le résultat immédiat de cette opération présente en effet un côté séduisant, celui de rendre à la circulation plus de 200 millions de numéraire enfouis dans les campagnes, et livrer à l'agriculture privée des biens de mainmorte qui rapporteraient le double s'ils étaient exploités par des propriétaires, tout en augmentant le revenu des hôpitaux. Mais ce serait en même temps tarir la source qui vient chaque jour accroître le patrimoine de ces établissements ; du moment où l'État aura mis la main sur les biens des hôpitaux, adieu les legs. Du reste, un décret semblable a été pris en 93, lors de notre première révolution, et l'on n'a pas tardé à le rapporter.

Une mesure d'une utilité incontestable, pour l'immense faubourg Saint-Antoine, où les ouvriers sont si nombreux et si peu aisés, vient d'être prise par le docteur Thierry, délégué du gouvernement auprès de l'administration des hôpitaux. Un service de femmes en couches vient d'être mis en activité à l'annexe de l'Hôtel-Dieu, rue de Charenton ; il se compose de deux salles meublées à neuf et arrangées avec un soin et une propreté remarquables. Les pauvres femmes que la nécessité force de recourir aux hôpitaux ne seront plus obligées de subir les fatigues et les dangers de l'immense trajet qu'elles avaient à faire pour se rendre soit à la Maternité, soit à l'hôpital des Cliniques.

M. le professeur Trousseau remplace M. Guersant père à l'hôpital des Enfants malades.

Tous les médecins militaires présents à Paris viennent de se réunir en assemblée générale, non-seulement dans le but de resserrer les liens de confraternité qui les unissent, mais encore de provoquer un projet d'association de prévoyance des officiers de santé de l'armée. On voit que l'idée et le sentiment d'association se généralisent de plus en plus dans toutes les fractions du corps médical.

Les ouvriers qui préparent le vert-de-gris sont-ils sujets à des maladies particulières? Eprouvent-ils quelquefois ou souvent des coliques, dites coliques de cuivre? La vie des ouvriers qui préparent le vert-de-gris est-elle d'une durée moyenne moindre que celle des personnes employées à d'autres travaux? La dessiccation et l'expédition du vert-de-gris, à l'état sec, présentent-elles quelques inconvénients? — Telles sont les questions sur lesquelles M. Chevallier a cherché à se procurer des renseignements en consultant les personnes compétentes des diverses localités où se fabriquent les produits dont il s'agit. Voici les réponses qu'il a recueillies et publiées dans les Annales d'hygiène : les différentes personnes consultées sur la première question ont été unanimes pour déclarer qu'aucune d'elles n'a remarqué que les ouvriers aient été atteints de coliques ou de toute autre affection particulière. Aucun des médecins des villes habitées par les fabricants ne se rappelle avoir eu à traiter des coliques dites *coliques de cuivre*. La fabrication du vert-de-gris ne paraît avoir aucune influence sensible sur la durée de la vie de ceux qui font de cette fabrication le travail de tous les jours. Quant à cette partie de l'opération qui consiste à sécher le *verdet* pour les besoins du commerce, après l'avoir formé en *pains* afin de l'expédier, les uns assurent qu'il n'en résulte aucun inconvénient pour la santé des ouvriers, tandis que d'autres prétendent que la poussière qui s'élève cause à ces ouvriers un picotement désagréable aux yeux, dans les narines et dans le gosier; quelques-uns aussi assurent que cette poussière donne parfois lieu à une légère colique.

Depuis qu'un Portugais a introduit la vaccine en Chine, vers 1803, elle n'a cessé de se répandre et de faire des progrès, malgré l'opposition des médecins et des prêtres chinois. Contre tout attente, contrairement à ce qui s'est passé en Europe, ce sont les classes inférieures qui ont le mieux accueilli cette précieuse conquête de la médecine, et les classes élevées s'y sont constamment refusées.

La capitale du Céleste-Empire vient d'être le théâtre d'une révolution fort curieuse. Il existe à Pékin un tribunal de censure, appelé Toutcha-Ynen, chargé de censurer les livres et les écrits imprimés dans l'empire chinois. Par un privilége spécial, qui remonte à de longues années, les thèses des étudiants sont les seuls écrits qui aient le droit d'échapper aux ciseaux de la censure. Au mois de décembre dernier, un jeune étudiant Mantchou, qui était regardé par tous ses camarades comme un esprit supérieur, voulant acquérir le grade de docteur en médecine devant la faculté de Pékin, composa une thèse, dans laquelle il aborda les questions les plus élevées de la médecine philosophique. Le tribunal de censure crut voir dans quelques phrases de cet écrit une atteinte à la personne de l'empereur. En conséquence, il censura la thèse de l'étudiant, et ordonna que son auteur recevrait cent coups de bâton. En apprenant cette nouvelle, tous les étudiants de la ville, au nombre de plus de cinq mille, se soulevèrent et excitèrent une émeute formidable. Ils désarmèrent les soldats de la milice et se portèrent vers la demeure impériale. Mais l'empereur comprit aussitôt la situation. Il assembla son conseil, et rendit un édit par lequel il destituait les censeurs, et réformait complétement les attributions du tribunal de censure. Cet édit, par sa nature, peut être regardé comme établissant en Chine la liberté de la presse.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUESTIONS SUR LA GOUTTE.

Seconde question. — Comment peut-on guérir la goutte?

Dans l'article précédent, je me suis efforcé de prouver combien la première question *Doit-on guérir la goutte ?* mérite d'attention, de prudence et de réserve ; combien les spécifiques, vantés d'une part avec tant d'assurance, acceptés de l'autre avec une si étonnante confiance, sont parfois dangereux; combien peu surtout ils répondent aux effets qu'on en attend. Il s'agit maintenant de la seconde question : *Comment peut-on guérir la goutte?* Tout d'abord il faut s'entendre. Si on parle d'une goutte non héréditaire, de peu d'intensité, se montrant à longs intervalles chez un sujet encore jeune, la guérison est possible, encore ne sais-je; mais, s'il s'agit, ce qui est le plus ordinaire, d'une goutte violente, survenant à l'âge de trente à quarante ans et au-dessus, notamment héréditaire, *jamais* la goutte ne guérit entièrement, radicalement. On peut émousser sa douleur, adoucir sa férocité, éloigner jusqu'à ses attaques, jouir ainsi d'une sorte de sécurité, mais la guérir, *jamais!* Or, l'expérience n'atteste que trop la vérité de cette affirmation. La prédisposition ou la cause première de la maladie se tient cachée dans la profondeur des tissus, dans quelque organe ou système de l'économie, puis elle reparaît à la moindre infraction de régime, sous l'influence des vicissitudes atmosphériques, quelquefois même inopinément et sans cause appréciable. C'est l'impossibilité à peu près démontrée de guérir cette maladie, qui a fait dire à plusieurs médecins et même à quelques goutteux sensés, qu'en fin de compte, il n'y avait que deux moyens pour la combattre, la *flanelle* et la *patience*. Nous pouvons cependant y ajouter quelques remèdes, et par-dessus tout le régime.

Ce dernier est tellement important, si rigoureusement nécessaire, que sans lui il n'y a rien à espérer ni pour le présent ni pour l'avenir, et que, *seul*, il suffit souvent pour améliorer l'état du malade, à un tel degré, que ce dernier se croirait guéri, si l'expérience ne lui avait pas appris, d'après quelques essais malheureux, qu'il n'en est rien ; que l'ennemi peut être endormi, mais qu'il n'est pas détruit.

Pour évaluer avec toute la précision possible la bonté comparative des médicaments réputés antigoutteux et du régime, en un mot, pour

obtenir la preuve de l'impuissance des premiers, et de la salutaire influence du second, il est un moyen bien simple, ce serait de les employer isolément. On verrait alors la différence de leur efficacité: c'est là, pour ainsi dire, la *pierre de touche* indiquant la valeur des moyens employés. Un goutteux se croit guéri lorsqu'il a eu recours à tel ou tel médicament, soutenu par un régime convenable; eh bien! qu'il essaye d'abandonner ce régime, qu'il ose s'exposer à l'action des causes déterminantes de la maladie, tout en continuant son remède favori, il acquerra bientôt les douloureuses preuves de l'inefficacité de ce médicament, sur lequel il fondait la certitude de sa guérison. Il n'est pas de médication plus féconde en illusions, en déceptions, que celle de la goutte; les observateurs de bonne vue et de bonne foi en conviennent facilement. Pourquoi cela? C'est qu'on la subordonne à une idée fixe, surtout à celle d'une guérison constante, absolue, radicale. Un de mes amis, médecin lui-même, goutteux depuis longtemps, attribuait son bien-être, qu'il décorait du nom de guérison, à je ne sais quel sirop ou élixir, qu'il prenait avec une exactitude vraiment superstitieuse. Il y avait près de deux ans qu'aucun ressentiment de la maladie n'avait eu lieu. A cette époque, M..... se trouvant à un repas de noces, crut pouvoir se permettre, quoique avec modération, un peu de vin et d'autres liqueurs alcooliques; dès le lendemain matin, il fut réveillé par une attaque de goutte assez violente; il y avait eu infraction au régime, et l'implacable maladie ne l'avait pas pardonné. Cet exemple, ainsi que bien d'autres que je pourrais rapporter, démontre cette vérité, que la première, la plus solide démonstration d'une guérison complète consisterait à ce que, malgré les causes déterminantes, en un mot, en vivant comme tout le monde, aucun paroxysme de goutte n'eût lieu, le principe morbifique intérieur étant anéanti. Or, c'est ce qui n'a jamais lieu que dans les conditions précédemment exposées. On croit le germe détruit, mais, à la moindre occasion, au plus petit écart de régime, la douleur et la maladie faisant irruption, avertissent qu'on s'est grandement trompé; le serpent n'était qu'engourdi.

Il est des goutteux dont le régime est exact, rigoureux même, et qui pourtant éprouvent encore des atteintes de la maladie. Alors ils s'en plaignent à leur médecin avec une sorte d'amertume; ils se privent de tout, disent-ils, et ils ne trouvent pas grâce devant leur cruelle maladie. Voici la réponse à de tels reproches, elle est simple et péremptoire: essayez de quitter le régime, et vous ne tarderez guère à en éprouver les désastreux effets. Vous avez la maladie comme quatre, je suppose, et si elle n'était pas contenue par le régime, vous la ressentiriez comme douze ou comme seize, indépendamment des

accidents qui pourraient survenir soit par l'interruption des crises *éliminatoires*, soit par le déplacement subit de la maladie. — Docteur, me disait, il y a quinze ans, un homme fort distingué sous bien des rapports, et martyr de la goutte : malgré et en dépit de mes quarante mille livres de rentes, ma sobriété est des plus sévères ; je ne bois que de l'eau, je mange des légumes sans sel ; une jolie femme me fait peur ; je pourrais donner des leçons d'abstinence au pythagoricien le plus fanatique, et néanmoins les pointes aiguës de la goutte se font encore sentir de temps à autre ; où est la compensation de tant de privations ? Elle est, lui répondis-je, dans l'intervalle prolongé des attaques, dans la diminution des douleurs, dans l'absence de tout danger pour votre vie, enfin dans la liberté que vous avez de vous livrer à vos affaires et aux devoirs de votre place. Il en convint, et il a poussé loin sa carrière.

Sous peine d'être déclaré *déserteur de l'expérience*, il faut donc admettre, en réponse à la question, objet de cet article, que les remèdes les plus simples, la médication la moins active, pourvu que le régime soit convenable (ce point est capital), ont une efficacité plus réelle que certains médicaments payés au poids de l'or, vantés par l'ignorance ou la cupidité, accueillis par l'espérance et la douleur. Le vieux connétable de Montmorency, au rapport de Brantôme, disait qu'il lui en avait coûté *cinquante mille livres* pour essayer différents remèdes, dont il n'avait éprouvé aucun soulagement, et que le seul qui ait pu adoucir son mal, ce n'était qu'un grand bassin d'eau froide avec un peu de sel ; il y trempait une serviette et l'appliquait sur les parties douloureuses. Combien de goutteux pourraient dire la même chose sans dépenser autant que le vieux connétable ! Au reste, il faut bien distinguer les moyens à employer pendant l'accès, et qui ne tendent qu'à l'abréger en calmant les douleurs, et ceux qu'on dirige contre le principe même de la maladie. Comme il est facile de le croire, d'amples détails de thérapeutique antigoutteuse ne seraient pas convenables ici, où il ne s'agit que de considérations générales. On pourra d'ailleurs consulter les ouvrages spéciaux, et ce que nous avons dit dans un livre (1) où nous avons tâché d'exposer ce que la science possède de plus positif à cet égard, tout en écartant avec soin ces prétendus spécifiques, qui ne sont qu'un empirisme aveugle et sans principes. Néanmoins les remèdes, quelque simples qu'ils soient, doivent être dirigés dans leur emploi par un médecin expérimenté ; lui seul peut apprécier les *indications*,

(1) *Guide pratique des goutteux et des rhumatisants*, etc., 3e édition ; chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

parce qu'elles se tirent du degré de la maladie, de sa marche, de son état aign ou chronique, des différences individuelles, d'une infinité de de circonstances qui, toutes, ont de l'importance et de la gravité. Tel individu périt suffoqué tout à coup par la goutte, tel autre succombe aux atteintes prolongées d'un hydrothorax, suite de cette maladie, parce qu'ils ont fait abus de remèdes violents, intempestifs, employés sans méthode. Qu'on se persuade bien qu'on ne joue jamais impunément avec la goutte ; il n'est peut-être pas de maladie plus traître, parce qu'il n'en est pas de plus variable dans ses manifestations, dans ses formes et dans ses rapides mouvements (1).

Ce qui vient d'être dit des remèdes n'est pas d'une application si rigoureuse pour le régime, bien que nous le mettions au premier rang par son importance. Le malade, s'il s'est étudié lui-même, peut se diriger avec une certaine confiance. Toutefois, quand il s'agit de *régime*, il faut l'entendre dans la plus grande acception du mot, c'est-à-dire dans un ensemble de règles hygiéniques applicables à tout sujet goutteux et dans des circonstances données. Il n'est pas de règles générales, même le plus solidement établies, qui n'aient besoin de modification. C'est ce que ne veulent pas comprendre beaucoup de gens du monde. Un remède unique, une même drogue, un seul et même régime, voilà ce qui leur conviendrait. Malheureusement la raison, la nature et l'expérience sont contraires à cette chimère du malade, *ægri somnia*. Il est pourtant un principe général dont il ne faut pas s'écarter : c'est que sous le rapport de l'alimentation, la bonne chère, l'excès des réparations nutritives étant la cause féconde la plus connue, la plus commune de la goutte, il faut *se condamner* à la frugalité, vivre de peu, éviter surtout, je ne dis pas seulement l'abus, mais l'usage des boissons alcooliques. Ce n'est pas sans motif que je me suis servi du mot condamner ; c'est que la plupart des goutteux, ordinairement bons vivants, gourmets délicats, recherchés, sacrifient volontiers sur les autels de la déesse *Gasterea*. Or, il est dur de se dire à soi-même : un mets fin, apprêté avec tout le luxe d'une cuisine savante, en vrai chef-d'œuvre de l'art, des vins de premier choix, etc., eh bien ! pour moi, ce sont autant de véritables poisons. Je suis toujours dans cette cruelle alternative : le plaisir qui m'attire, et la goutte qui me menace ; la satisfaction de mes penchants gastronomiques, et la punition qui en est la

(1) « C'est une chose étonnante que la goutte, dit Voltaire ; comment se peut-il faire que la douleur passe tout d'un coup d'un doigt de la main gauche à l'orteil du pied droit, sans qu'on sente le moindre effet de ce passage dans le reste du corps ? (*Correspondance générale*, 1771.) C'est là aussi ce qui en fait le danger toujours menaçant.

suite. D'ailleurs, comme l'a si justement remarqué un célèbre gourmand : « Il faut un caractère héroïque pour quitter une bonne table avec appétit. » Aussi arrive-t-il que beaucoup de goutteux manquent de persévérance dans le régime ; ils sont de ces gens qui remettent toujours au lendemain le jour de la sagesse. Quand la goutte brise les membres, quand la douleur est vive, quand elle cloue le malade sur son lit, alors celui-ci se promet à lui-même, et surtout au médecin, que dorénavant il ne commettra pas la plus petite infraction au régime le plus sévère. Mais bien souvent *passato il pericolo, gabbato il santo ;* jamais proverbe ne fut plus vrai que celui-ci dans le cas actuel. Il est des malades vraiment incorrigibles ; à peine la douleur est-elle émoussée, qu'ils reviennent à leurs habitudes gastronomiques. On sait l'histoire de ce goutteux, qui promettait merveilles dans la convalescence à peine commencée d'un violent accès de sa maladie. Mais le médecin le trouva un jour à table, dépêchant un pâté de venaison aux truffes, qu'il arrosait d'un volney fumeux. « Y pensez-vous, s'écria celui-ci, ignorez-vous qu'un pareil régime ne vaut rien pour la goutte ?—Cela est possible, dit tranquillement le malade, mais c'est excellent pour le goutteux ; mettez-vous là, docteur, et prenez-en votre part. » Le mot est agréable, mais qu'arriva-t-il dans la suite à l'imprudent gastronome ? voilà l'essentiel, et, comme l'a dit le sage La Fontaine : « *En toutes choses il faut considérer la fin.* »

Du reste, quand rien ne s'y oppose, il est reconnu que le régime végétal est le plus convenable aux goutteux, parce qu'il fournit moins de sucs nutritifs, et peut-être parce qu'il donne au sang quelque chose de plus doux, de moins plastique et fibrineux que le régime surazoté de la viande. Tous les fruits et la plupart des légumes frais sont plus ou moins utiles. Il est pourtant une substance végétale qu'on doit exclure et même avec rigueur, substance agréable, mais singulièrement dangereuse, c'est la *truffe*. Il n'est peut-être pas d'aliment plus échauffant, plus irritant, plus *gouttisant*, qu'on me passe l'étrangeté de l'expression pour la vérité qu'elle exprime. Il y a trente ans environ que le fils d'un professeur distingué de la Faculté de médecine de Paris fit un livre tout exprès sur la goutte, pour démontrer que le germe, la cause essentielle de cette maladie résidait dans ce tubercule fameux, si justement nommé le *diamant de la cuisine*. Toujours est-il que tout goutteux doit y renoncer ; le soulagement n'est qu'à ce prix.

De tout temps on a vanté le *lait* pour la goutte, et ce n'est pas sans raison. Les Romains, aux appétits gigantesques, en faisaient usage dans ce cas, non-seulement à Rome, mais aux environs de la ville, à *Stabianum*, où l'on envoyait les malades. Il est certain que le lait,

sous quelque forme qu'on le donne, adoucit et tempère la goutte d'une manière à peu près certaine. Il y a plus d'un siècle qu'un médecin hollandais, Dolœus ou Dollée, a écrit à ce sujet un petit ouvrage très-remarquable, *De furiâ podagræ* LACTE *victâ et mitigatâ* (*Amstelodami*, 1705 et 1708), « la furie de la goutte vaincue et adoucie par le lait. » Ainsi on peut admettre la diète lactée comme un très-bon moyen, sinon de guérir la goutte, ce qui est rarement possible, au moins de réduire l'extrême de la maladie à un état moyen, et celui-ci à très-peu de chose. J'ai souvent secondé, et même, dans certains cas, remplacé ce régime par un autre que j'appelle la diète *ostrée*, c'est-à-dire par l'usage abondant des huîtres, dans la saison, quand le goût du malade s'en accommode, et il est rare qu'il en soit autrement. J'ai démontré ailleurs que des huîtres, quoique substance très-azotée, convenaient singulièrement quand il fallait nourrir dans une modeste proportion. Leur digestibilité étant très-grande, elles satisfont les estomacs les plus délicats, les plus irritables, ce qu'on ne peut dire du lait, que tout le monde ne digère pas parfaitement. Quant à la boisson ordinaire qu'on doit préférer lorsque la goutte ébranle, fatigue l'économie par ses atteintes, voici incontestablement la meilleure, *de l'eau, encore de l'eau, toujours de l'eau;* c'est le nectar des goutteux. Toutefois il ne faut rien outrer; quand la goutte est atonique, le sujet faible et âgé, un peu de vin de Bordeaux est très-avantageux. Van Swieten, le savant commentateur, soutient qu'un petit verre de bon vin d'Espagne, à la fin du repas, n'est nullement préjudiciable; Sydenham préférait le vin des Canaries. Soit, on peut les accorder, pourvu que ces liqueurs soient données d'après le précepte de l'école de Salerne pour le fromage, *ille bonus quem dat avara manus*, » celui-là est bon que donne une main avare. » Le café n'est pas aussi dangereux; j'ai vu beaucoup de goutteux adopter le régime des mahométans, boire de l'eau, prendre assez largement du café, et s'en bien trouver.

Ensuite, c'est au goutteux à choisir les boissons comme les aliments qui s'accordent le mieux avec ses goûts et ses forces digestives. Le point essentiel est, d'une part, d'être sobre, très-sobre; de l'autre, de persévérer, de marcher droit au but, le rétablissement de la santé; or, qui veut la fin veut les moyens. Cette persévérance a d'ailleurs un grand avantage, c'est de faire passer en habitude ce qui paraissait d'abord intolérable. J'ai vu des goutteux, véritables hydrophobes, avoir l'eau en horreur, puis tellement s'y accoutumer, qu'ils devenaient *abstêmes*, c'est-à-dire buveurs d'eau par goût et par choix.

Mais, bien que le régime alimentaire soit d'une grande importance, il ne suffirait pas seul; le code hygiénique antigoutteux s'étend aussi

à d'autres agents modificateurs de l'économie. Ainsi l'exercice, qui d'abord semble si pénible, est pourtant recommandé aux goutteux, autant que possible, sous peine, plus tard, d'impuissance absolue des articulations envahies. La Fontaine, dans sa charmante fable *la Goutte et l'Araignée,* nous apprend ce que devient une *goutte bien tracassée.* On ne connaît pas toute la puissance, toute l'efficacité de l'exercice en général. Voltaire écrit à un de ses amis : « Vous vivrez cent ans, parce que vous allez de Paris à Launay et de Launay à Paris, sans soins et sans inquiétudes. » A l'exercice, il faut joindre les frictions sèches sur toute la surface du corps (1) ; rien ne contribue davantage à soutenir la tonicité, la vitalité de la peau, à rendre plus active sa fonction spéciale d'épuration de l'économie.

Non-seulement le régime, l'exercice, les frictions sèches sont indispensables pour dompter ou affaiblir la goutte, mais il est encore d'utiles précautions à observer sous le rapport du système nerveux. J'ai fait remarquer que les goutteux sont, en général, impatients, irritables, quelquefois quinteux et bizarres. Il faut donc qu'ils évitent, autant que possible, les émotions vives, les sensations énergiques, les passions extrêmes. On ne saurait croire combien le sang-froid, la tranquillité d'esprit, hâtent la solution d'une crise goutteuse, et combien de calme il existe ensuite dans l'économie. Est-il besoin de dire que les plaisirs de l'amour sont très-préjudiciables, soit parce qu'ils ébranlent fortement l'organisation, soit par l'énervation physique qui en est l'inévitable suite? Il faut donc s'en abstenir, *dura lex, sed lex.* Les contentions de l'esprit sont également très-nuisibles. Il y a quinze siècles environ que l'illustre Arétée en a fait la remarque : *Longis meditationibus contrahitur morbus.* Colbert, à la fin d'un travail forcé de cabinet, avait toujours un violent accès de goutte. Beaucoup de grands ministres, d'administrateurs distingués, de financiers célèbres, en offrent des exemples fréquents. Au reste, ce besoin du repos, de l'éloignement des affaires, du tracas de l'ambition, de l'insupportable labeur d'une fortune à faire, se fait souvent sentir, mais souvent aussi très-inutilement. On se promet d'y recourir quand le mal est violent ; mais la résolution disparaît en même temps que la douleur. Disons la vérité, on voudrait bien se débarrasser de sa goutte, mais aussi garder sa place, ses honneurs, son pouvoir ; malheureusement, la solution d'un pareil problème

(1) Il est étonnant que dans cette foule d'établissements thermaux qu'on trouve à Paris, et dont quelques-uns sont très-remarquables, il n'en est pas un seul où l'on puisse recourir aux *frictions sèches,* si bonnes, si utiles, et dont les anciens faisaient, avec raison, un grand et salutaire usage.

est à peu près impossible. Ce n'est pas que l'inaction intellectuelle, pas plus que celle du corps, convienne aux goutteux ; ils doivent s'occuper, mais dans une mesure convenable à leur maladie, ou présente ou menaçante. Vivre gaiement, librement, philosophiquement, sans embarras, sans trop de soucis, est un spécifique presque infaillible, bien que ses effets ne soient pas aussi prompts qu'on le voudrait. On doit encore se rappeler qu'une vigilance continuelle est un bon préservatif pour les goutteux, et qu'une infinité de choses pourraient leur être ou très-utiles ou très-dangereuses, selon l'usage qu'ils en feront. C'est un principe que les anciens n'avaient pas manqué d'observer, j'en ai fait ailleurs la remarque. Athénée nous apprend qu'on avait placé sur le fronton d'un bâtiment destiné à des bains publics, l'inscription suivante :

Balnea, vina, Venus corrumpunt corpora sana ;
Corpora sana dabunt, balnea, vina, Venus.

« Les bains, le vin et Vénus détruisent les corps les plus sains : les bains, le vin et Vénus donneront la santé aux corps. » Que les martyrs de la goutte et tous ceux qui craignent les maladies auxquelles l'humanité est exposée, méditent avec soin ces paroles ; elles ont un sens profond que tout praticien instruit et expérimenté comprendra facilement. En résumé, d'après ce qui vient d'être dit en réponse à la seconde question, nous pensons que la goutte n'est radicalement curable que chez les sujets jeunes et lorsqu'elle a peu d'intensité ; qu'on se flatte vainement de la guérir dans les conditions opposées ; que les remèdes prétendus antigoutteux ne font qu'aggraver la maladie, déterminer des accidents formidables, soit par leur action irritante et perturbatrice, soit en troublant le travail éliminatoire de la nature ; enfin, qu'un régime convenable, employé avec méthode et persévérance, peut seul diminuer, calmer cette maladie, sinon la guérir entièrement, et que, sans ce régime, les autres moyens sont infiniment plus préjudiciables qu'utiles.

R. P.

DE LA NÉVRALGIE SCIATIQUE CHRONIQUE ET DE SON TRAITEMENT.

Lorsque la névralgie sciatique se présente sous une forme franchement aiguë, et qu'on lui oppose à son origine un traitement méthodique, il est rare qu'elle ne disparaisse pas assez rapidement ; mais il n'en est plus de même lorsque la maladie est passée à l'état chronique, soit qu'elle ait débuté sous une forme bénigne, et que les malades n'aient point réclamé à temps les secours de l'art, soit qu'elle ait débuté sous une forme plus sérieuse, et qu'elle n'ait point été combattue par un

traitement suffisamment énergique, ou conforme aux règles d'une pratique judicieuse : dans ces deux cas, il arrive assez souvent que le mal résiste aux méthodes de traitement les plus variées, ou au moins que l'on n'obtient qu'une simple palliation de la douleur, celle-ci se reproduisant incessamment sous l'influence des accidents inévitables de la vie.

De guerre lasse, il est un certain nombre de malades qui, après avoir épuisé en vain toutes les ressources de la thérapeutique, finissent par renoncer à tout traitement, et se résignent, comme on dit vulgairement, à vivre avec leur ennemi. Or, que deviennent ces malades? Telle est la question que nous nous sommes posée, et que nous allons essayer de résoudre au point de vue unique de la pratique, en consultant les faits. La médecine, la grande médecine, celle qui se drapant dans son infaillibilité, n'enregistre que des succès, cette médecine-là ne s'inquiète guère de ces faits, elle y met une sorte d'épitaphe et passe outre. Cependant ces faits peuvent être étudiés, doivent être étudiés. Bordeu, Barthès et d'autres, avant eux, voulaient que les médecins interrogeassent souvent les valétudinaires ; ils prétendaient que le praticien attentif et sagace peut puiser là les plus utiles enseignements. Nous sommes convaincu que c'est là un excellent conseil ; et nous pouvons assurer que tout médecin qui le suivra en tirera profit et pour lui et pour les malades. C'est en suivant nous-même cette ligne de conduite, que nous avons fait, relativement au traitement de la sciatique chronique, quelques remarques utiles, qui vont être le sujet de cette note.

Comme tous les médecins, nous avons observé un certain nombre de malades tourmentés, depuis un temps plus ou moins long, par des douleurs fixées dans les membres inférieurs. Tantôt ces douleurs, plutôt rhumatismales que névralgiques proprement dites, semblent occuper surtout les masses musculaires, et alors elles se lient souvent à un lumbago ; tantôt elles sont moins diffuses, et dessinent mieux le nerf sciatique et ses divisions. Bien que nous aussi nous croyions que dans une science bien faite ces deux maladies doivent être distinguées, par cela seul qu'elles occupent un siége différent, nous pensons cependant qu'au point de vue pratique, et dans la limite où nous nous renfermons ici, ces deux ordres de faits peuvent être assimilés. Maintenant, quand on demande à l'art ce qu'il oppose à ces maladies, il vous répond en vous déroulant toute une nomenclature de moyens spécifiques, ou non spécifiques ; mais des guérisons permanentes, bien authentiques, il ne vous en cite guère : luxe et indigence. Pourtant, il est des malades qui, après avoir demandé à l'art une guérison qu'ils n'obtenaient pas, ont fini par guérir en renonçant à tout traitement. Comment ces malades

ont-ils guéri? Voilà la question. Quand on considère la vie d'une manière générale et abstraction faite de son principe, on voit clairement qu'elle résulte d'un conflit qui s'établit entre le monde extérieur et un organisme donné; or, dans cette série indéfinie d'actions et de réactions continues, d'échanges et de transformations, on conçoit parfaitement que certains modes pathologiques s'épuisent et disparaissent. Si la médecine s'arrêtait là, elle constaterait un fait d'ailleurs surabondamment prouvé, savoir, la solution spontanée d'un certain nombre d'affections. Mais elle doit aller au delà de ce fait, si elle veut être plus qu'un simple empirisme, elle doit descendre dans l'analyse du fait; c'est là qu'elle peut atteindre jusqu'à l'art lui-même. Or, pour répéter notre question : comment les malades dont nous parlons guérissent-ils? c'est là peut-être ce qu'ils vont nous apprendre eux-mêmes.

Préjugé ou réalité, beaucoup de malades, tourmentés par des douleurs à marche chronique, sont convaincus que le mouvement exerce sur ces douleurs une influence favorable; telle est même chez beaucoup leur conviction à cet égard, que les médecins, qui professent en général une doctrine opposée sur ce point, ont grand'peine à faire accepter leur conseil en s'efforçant de les persuader de garder le repos; maintenant, suivez les malades atteints de rhumatisme musculaire chronique des membres inférieurs ou de névralgie sciatique de la même forme, et vous vous convaincrez, vous aussi, qu'en effet la marche, la marche même poussée jusqu'à la fatigue, exerce une influence vraiment médicatrice sur ces affections. Voici, pour mon compte, ce que j'ai observé : quand un malade, placé dans la condition dont il s'agit, prend la résolution de se servir de ses membres, et l'exécute, le premier effet qu'il éprouve, c'est certainement une augmentation dans la douleur; mais s'il a un peu de volonté, un peu de courage, il surmonte ce premier obstacle; et à mesure que la marche se prolonge, que la fatigue se produit, la sensibilité semble s'agrandir, la douleur diminue et disparaît. Si le malade n'allait point au delà de cette résistance, il n'en obtiendrait qu'un bénéfice douteux, car le repos des muscles ramène la douleur, qui est même parfois plus vivement sentie; mais le patient, las de souffrir, veut guérir, et plein de la conviction que l'exercice des muscles est nécessaire à la guérison, il recommencera chaque jour ses promenades, et en effet, dans un bon nombre de cas, il guérira. Il nous serait facile de citer des faits à l'appui de ce que nous venons de dire; mais comme ces faits n'offriraient d'ailleurs aucun intérêt, la symptomatologie étant ici des plus simples, nous nous contenterons de rapporter ici succinctement l'observation suivante : J. D., ancien militaire, est depuis longues années tourmenté par des douleurs rhuma-

toïdes vagues, qu'il attribue non sans raison à la vie des camps. Il y a trois ans, sans cause connue, et bien que ses douleurs ordinaires continuassent à le faire souffrir à des époques irrégulières, il fut pris d'une douleur qui, partant du grand trochanter, s'étend jusqu'au genou, où elle semble s'éparpiller. Cette douleur ne s'est point développée brusquement ; d'abord sourde, elle a acquis ensuite plus d'intensité, sans jamais avoir été violente. Le malade, homme dur, et non habitué à coucher dans l'ouate, comme il le dit, se borna à frictionner les parties douloureuses avec de l'eau-de-vie. La douleur se calma, s'éteignit, mais revint. C'est là le début du mal ; depuis lors et pendant six mois environ, la maladie parut et disparut alternativement. Dans une dernière atteinte enfin, J. D., las de souffrir, voulut en finir, et prit la résolution de dompter le mal en se livrant à une marche longue et rapide. Il en résulta une diminution notable de la douleur pendant ces exercices, mais celle-ci reparut au repos ; le malade, pendant plusieurs jours, s'astreignit à cet exercice, qu'il finit par pousser jusqu'à la fatigue, jusqu'à la sueur ; le mal disparut. Depuis deux ans environ que cette atteinte a eu lieu, J. D. a ressenti encore de loin en loin quelques douleurs ; mais il fait avorter la maladie en suivant la méthode qui lui a si bien réussi tout d'abord.

Nous avons recherché dans les auteurs si cette méthode était indiquée ; nous avons été fort étonné de voir que la plupart se taisaient là-dessus. Scudamore seul, si nous ne nous trompons, en parle d'une manière expresse, et la recommande fortement. Qu'on nous permette de rapporter le cas très-remarquable que nous trouvons dans cet auteur. Voici ce cas, c'est le malade lui-même qui parle.

« Avec la plus grande difficulté, je marchai un demi-mille, et la douleur que je souffrais ne contribua pas peu, avec l'effet de l'exercice, à déterminer la sueur. Je revins à la maison en nage, et me frottai, jusqu'à ce que je fusse sec, devant le feu, et me mis au lit. Une heure après, je me levai et me trouvai très-fatigué ; mais sous tous les rapports, je n'étais pas plus mal. Quarante-huit heures après, je répétai le même exercice, et je pus marcher un mille avec plus de facilité que je n'avais pu marcher un demi-mille le premier jour. Mes sensations générales étaient les mêmes qu'avant ; mais comme la fatigue diminuait, je pensais que je pourrais obtenir un soulagement de mes douleurs de rhumatisme. Deux jours après, je fis ma troisième marche comme avant, et après j'eus une meilleure nuit, moins interrompue par la douleur qu'aucune de celles que j'avais passées depuis dix-huit mois. Depuis ce moment, j'anticipai ma guérison, et je n'ai pas été trompé dans mon attente. Chaque exercice de marche avait diminué

mes souffrances, et je puis dire avec assurance, qu'après la sixième, je fus aussi exempt de douleurs que je l'avais été toute ma vie (1). » Nous ajouterons qu'avant de recourir à cette méthode, le malade avait tenté une foule de moyens, et que tous avaient échoué successivement.

Quant à Scudamore, qui rapporte ce cas, il avait été réellement frappé de l'influence heureuse de cette méthode, qui demande à être rationalisée, qu'atteint lui-même de douleurs dans les membres inférieurs, avec spasmes et crampe, il se l'appliqua en partie et s'en trouva bien.

Essayerons-nous maintenant de nous rendre compte de l'efficacité d'une pareille méthode de traitement? Sans vouloir nous engager dans une discussion qui serait complétement intempestive, nous nous contenterons de dire qu'il est extrêmement probable que l'exercice agit ici en imprimant un plus haut degré d'activité à toutes les fonctions de l'organisme, et surtout en ranimant la circulation capillaire, et portant la vie dans des tissus depuis longtemps condamnés au repos : c'est une torrification directe. Du reste, si l'on veut bien se rappeler que beaucoup d'eaux minérales, l'hydrothérapie, revendiquent des succès semblables à ceux que nous venons de rapporter, on remarquera que l'exercice musculaire est aussi une condition essentielle de l'efficacité de l'une et l'autre de ces méthodes. D'un autre côté, on sait que M. Bonnet, de Lyon, dans plusieurs arthropathies, M. Lucien Boyer, dans les ulcères atoniques, les ulcères variqueux des membres inférieurs, ont recommandé l'exercice, dans certaines limites, comme une condition capitale dans plusieurs des méthodes de traitement appliquées à ces maladies. Tous ces faits, bien que fort différents les uns des autres dans leurs manifestations extérieures, ont cependant entre eux un lien commun, qu'il ne faut point perdre de vue, quand on veut faire de la pratique rationnelle.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

REVUE GÉNÉRALE DU TRAITEMENT DES FRACTURES. — MÉTHODE DE L'IMMOBILITÉ PERMANENTE ET RELATIVE (2).

Si l'on a bien saisi les véritables indications des méthodes déjà exposées pour le traitement des fractures, on a remarqué que beaucoup de cas cliniques ne les comportent pas. Indépendamment de l'espèce et de la forme de la brisure osseuse, il existe une foule de circonstances

(1) *Traité sur la nature et le traitement de la goutte et du rhumatisme*, etc., par M. Charles Scudamore, page 650.

(2) Voir les livraisons de février, page 130, et du 30 avril, page 333.

qui entrent dans le problème pathologique, et dont le praticien doit tenir grand compte. Une des remarques importantes sur lesquelles les hommes de l'art se sont surtout appesantis de nos jours, c'est la gravité des fractures suivant les âges. L'expérience a malheureusement montré combien sont dangereuses les lésions de cette nature chez les vieillards. Une des conditions les plus générales de la santé, c'est l'exercice de nos fonctions. Toujours simple dans ses causes, mais diverse dans ses effets, la nature a voulu que les organes et leurs fonctions fussent en œuvre fréquemment pour leur conservation et l'intégrité de leur énergie. L'un de nos actes physiologiques vient-il à être suspendu pendant un certain temps, son activité, son organisation s'affaiblissent, se vicient, sont menacés d'être annihilés. La vie générale du corps humain est soumise à cette loi comme la vie particulière de nos instruments fonctionnels. Que l'on remarque l'état d'un adulte condamné à l'immobilité pendant quelques jours seulement, et l'on verra combien l'exercice de nos fonctions est nécessaire à la vie et à la santé.

Un des plus graves inconvénients attachés au traitement ordinaire des fractures est dans le séjour prolongé au lit ; les vieillards surtout en éprouvent une atteinte profonde. Par l'effet seul de leur âge, l'activité vitale se trouve singulièrement diminuée chez eux ; la transpiration est très-faible, l'action musculaire bientôt fatiguée, les digestions pénibles, la nutrition laborieuse ; enfin toutes les fonctions organiques tendent à s'éteindre. A cette époque de la vie, l'exercice devient un besoin. Aussi, lorsqu'une fracture oblige le vieillard à garder le décubitus durant un ou plusieurs mois, on ne tarde pas à remarquer chez lui la décoloration de la peau, l'affaiblissement des traits et de l'expression du visage, la diminution de la chaleur, du pouls et de la force musculaire ; les digestions sont très-pénibles, imparfaites, facilement troublées et souvent accompagnées de diarrhées. Tous les actes de l'organisme expriment la même adynamie, et le cal est fréquemment fibreux ou incomplet. Sous l'influence de cet affaiblissement progressif, la vie est menacée, et trop de fois l'individu succombe par la seule suspension des fonctions générales de l'économie. De pareils résultats se montrent, quelle que soit l'espèce de fracture et sa position sur le squelette, pourvu que le malade soit contraint de s'aliter pendant longtemps.

Quoique jouissant d'une énergie vitale considérable, le jeune homme et l'adulte ne restent pas indifférents à l'influence fâcheuse du décubitus prolongé. Indépendamment du régime moins restaurant qu'ils subissent, ils éprouvent une diminution notable des forces et des fonctions diverses ; et la convalescence nous le montre tous les jours. Parmi

les hommes jeunes, il en est qui, par la faiblesse première de leur constitution, par leur tempérament lymphatique, leur disposition scrofuleuse, leurs habitudes de travail mécanique, reçoivent une atteinte profonde du séjour prolongé au lit. A cette cause générale, nous paraissent se rattacher la lenteur de la formation du cal et son état d'imperfection en plusieurs cas, ou même l'absence de cicatrice osseuse, notée par Duverney, Manteggia, Serre, Malgaigne, etc. La réunion des malades dans les hôpitaux est une nouvelle condition qui rend le traitement prolongé des fractures parfois entouré de dangers. La viciation de l'air des salles d'hôpital est un résultat inévitable et seulement pallié par les soins minutieux avec lesquels ces établissements sont maintenant administrés. L'action d'une pareille atmosphère contribue à l'affaiblissement des malades, d'ailleurs exposés aux influences épidémiques. Aux conditions au milieu desquelles les sujets se trouvent alors placés, il faut ordinairement rapporter les diarrhées, les érysipèles, les pneumonies et d'autres maladies dont sont parfois atteints les malades obligés de rester plusieurs mois dans les hôpitaux.

Il est encore d'autres cas pathologiques qui demandent l'application d'autres méthodes que celles dont nous avons déjà parlé touchant les fractures. Lorsque, forcés de se déplacer, les corps d'armée font de longues courses à travers des terrains plus ou moins accidentés, ils traînent après eux leurs blessés, parmi lesquels les fractures sont ordinairement nombreuses. Malgré les divers moyens de transport imaginés par Percy, Larrey et nos chirurgiens de l'armée d'Afrique, les malades sont soumis à des cahots fréquents, qui déterminent le frottement et le déplacement des fragments, l'irritation et la déchirure des parties molles. De là, l'inflammation, les hémorrhagies, les soubresauts, dont les membres blessés deviennent souvent le siége ; de là, la fièvre et le délire nerveux qui en sont la suite ; de là enfin, les accidents mortels et la nécessité si fréquente de l'amputation en pareilles circonstances.

Privé de sa raison, l'homme ne saurait se soumettre à l'immobilité nécessaire à la consolidation des fractures ; l'aliéné, atteint d'une brisure à l'un de ses membres, ne garde point dans son lit le calme et la tranquillité nécessaires à la curation régulière ; il agite tout son corps : il faut donc mettre au moins les fragments dans un contact permanent durant le temps ordinaire pour la formation du cal, et permettre au reste du corps les mouvements que l'on ne peut empêcher. En pareils cas, on sent que les méthodes de la contention simple ou des tractions continues ne sauraient convenir.

Dans certaines circonstances, les besoins des individus appartenant à une famille pauvre leur rendent le défaut de toute occupation fort

préjudiciable. Ils sont portés à se livrer à un travail qui, bien que léger, allége leur position malheureuse. Souvent éloignés des centres de population où les hôpitaux peuvent leur venir en aide, ces malades sont contraints à se servir imparfaitement de leurs membres ; et de là bien des consolidations vicieuses que l'on doit prévenir par une méthode thérapeutique favorable à de telles indications. Parmi les autres cas qui nous paraissent se ranger encore dans la même catégorie, nous nous contenterons de signaler certaines pseudarthroses auxquelles l'immobilité prolongée des fragments est applicable.

Les divers genres de faits cliniques que nous venons de signaler comportent l'emploi de la méthode que nous appelons *immobilité permanente et relative*. Il s'agit, en effet, de maintenir les fragments dans un contact suffisamment prolongé, tandis que les membres sains et tout le reste du corps peuvent permettre des actes multipliés. Bien plus, il faut que la contention des parties osseuses et l'immobilisation du membre blessé soient telles, que celui-ci puisse servir à certains de ses usages ordinaires. Ainsi les os de la jambe ou du pied étant divisés, le sujet pourra marcher et se soutenir sur cette partie, avec prudence il est vrai, et avec certaines précautions dictées par le bon sens. De même pour les membres supérieurs, l'humérus, les os de l'avant-bras se trouvant fracturés, le malade pourra se servir en partie de la main, et en outre quitter le lit et vaquer à beaucoup d'occupations journalières. On sent combien est précieuse cette immobilisation des membres fracturés chez le militaire en campagne, chez les hommes adonnés aux travaux des champs, chez les vieillards, les personnes faibles, et toutes celles pour qui le séjour du lit a été déjà démontré si défavorable.

Telles sont les indications que l'on remplit à la faveur des *moyens* ou *appareils inamovibles* et *amovo-inamovibles*. Appliqués suivant les règles générales énoncées au commencement de cette revue clinique, ces bandages enferment la partie lésée dans une espèce d'étui bientôt solidifié, qui forme des os brisés, des muscles et de toutes les parties molles un tout susceptible de se déplacer en masse, mais non isolément pour chacune des portions dont il se compose. Ainsi nous avons traité et vu traiter avec avantage des personnes atteintes de fractures à la jambe, qui ont pu se livrer à une marche prudente et modérée, en s'aidant d'une simple béquille.

Les moyens propres à atteindre le but de la méthode de l'immobilité permanente et relative sont fort nombreux ; il est important aux praticiens d'en connaître un bon nombre, ou plutôt de savoir qu'ils peuvent être facilement remplacés par bien des ressources communes que toutes les localités peuvent fournir aisément : l'étoupade avec le blanc d'œuf,

que Moscati fit connaître à l'Académie de chirurgie ; l'appareil de Larrey, composé de plusieurs appareils de Scultet, imbibés d'un mélange d'acétate de plomb, d'alcool camphré et de blancs d'œufs battus dans de l'eau ; l'amidon seul, dont M. Seutin se sert pour solidifier les couches de linge dont il entoure le membre fracturé ; l'amidon et le plâtre, avec lesquels M. Lafarge parvient plus promptement au même résultat, sont des appareils déjà fort connus ; nous mentionnerons encore l'emploi du plâtre seul, préconisé par Dieffenbach ; la dextrine, mise en usage à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, par MM. Blandin et Velpeau, la simple pâte de froment, la terre glaise, le papier goudronné, le mélange de chaux et de blancs d'œufs ; enfin, toutes les substances capables de se solidifier et de faire adhérer les diverses pièces de linge dont un bandage est composé.

Les praticiens doivent être prévenus que ces différentes matières solidifiables ne procurent pas un effet également rapide ; nos recherches nous ont appris que l'association du blanc d'œuf et de la chaux délitée est le moyen le plus puissant sous ce rapport. Nos essais comparatifs nous ont montré l'ordre suivant quant aux principaux appareils inamovibles : le plâtre, la chaux et le plâtre, la pâte de froment et le plâtre, le plâtre et l'amidon, la terre glaise, l'amidon, la pâte de froment, l'étoupade de Larrey. Une autre remarque, non moins importante, c'est que les couches profondes de ces appareils sont encore molles, lorsque les couches extérieures ont acquis la plus grande résistance. Aussi, bien que quelques heures suffisent, en apparence, aux premiers de ces bandages, pour devenir solides, il faut maintenir le membre ainsi enveloppé dans l'immobilité, pendant un jour au moins.

La pratique civile doit souvent tenir compte des dépenses nécessitées pour la confection des bandages à fracture ; ce qui n'est pas aussi important dans les hôpitaux. Il est des appareils inamovibles ou amovo-inamovibles, qui, à part les pièces de linge, nous ont coûté 30 centimes seulement : tel est celui de Moscati. L'appareil en pâte de froment occasionna une dépense de 15 centimes, tandis que l'étoupade de Larrey, et surtout l'emploi du dextriné coûta près de 2 fr. Comme ces différentes variétés d'appareils inamovibles sont susceptibles de remplir le même objet, le praticien des campagnes, surtout, devra tenir compte des considérations que nous émettons ici, suivant les lieux et l'aisance de ses malades.

Ainsi que nous l'avons précédemment signalé, comme il n'est pas utile de placer les appareils définitifs pour les fractures, avant l'époque où l'organisation du cal commence, il faut employer les bandages inamovibles aussi tard que possible, et d'après les remarques cliniques

déjà établies. On évite ainsi les inconvénients de l'amaigrissement des membres comprimés par ces appareils, et l'on n'est pas obligé ordinairement de les renouveler pendant l'organisation de la cicatrice osseuse. Toutefois, le clinicien doit surveiller attentivement les impressions éprouvées par les malades auxquels on vient d'appliquer ces sortes de moyens contentifs. Si des souffrances locales se font ressentir d'une manière presque continue et sur les mêmes points limités, il convient d'*ouvrir* l'appareil, d'examiner l'état des parties où les douleurs se font sentir, et de réappliquer le même appareil convenablement, et à la faveur de nouvelles couches de linge surajoutées.

La plupart des fractures des membres se prêtent à l'emploi de la méthode et des moyens dont nous parlons. La clavicule est-elle divisée à l'un des points de sa diaphyse, on peut imiter la conduite des professeurs Velpeau et Blandin, en entourant le thorax et le membre lésé d'un appareil composé de couches de bandes disposées suivant les indications particulières, et imbibées de l'une des substances solidifiantes. Moscati a prouvé depuis longtemps que l'on peut obtenir d'heureux résultats de la même méthode et des mêmes appareils, quand il s'agit d'une fracture du col de l'humérus. Les brisures de la diaphyse de ce dernier os sont fréquemment traitées ainsi avec non moins d'avantage. L'expérience et la pratique des hôpitaux prouvent tous les jours que les fractures des os de l'avant-bras peuvent être soumises avec succès aux mêmes ressources chirurgicales; il suffit alors de placer d'abord sur les deux faces de l'avant-bras les compresses graduées, employées depuis J.-L. Petit. Les appareils inamovibles sont encore mis en usage pour la division de l'extrémité inférieure du radius. On sait que bien des moyens ont été préconisés à ce sujet par Dupuytren, MM. Goyraud (d'Aix), Diday, etc.; le professeur Velpeau démontre dans son service et dans ses cliniques que les appareils solidifiables sont les plus propres à prévenir la difformité et la gêne des mouvements dont l'avant-bras est menacé à la suite d'une semblable lésion traumatique.

En nous occupant des méthodes de la contention simple et des tractions continues, nous avons dit l'impuissance des ressources chirurgicales contre les fractures du col du fémur; la méthode de l'immobilité permanente et relative ne nous a pas donné de meilleurs résultats; les appareils inamovibles n'ont donc pas une grande valeur en pareil cas. Il n'en est pas de même pour la solution de continuité du corps du même os; toutefois, si la contention permanente est assez facile, à la faveur de tels bandages, elle ne permet pas au malade de se livrer à la

marche, ni même de se soutenir sur le membre brisé; mais du moins elle permet de transporter le sujet hors de son lit, et de lui épargner les inconvénients du séjour prolongé dans le décubitus et dans une immobilité absolue. Les fractures de la rotule nous ont rarement présenté un effet avantageux de l'application des bandages inamovibles, surtout quand la division osseuse est transversale, et avec un grand écartement des fragments. La jambe est, au contraire, favorablement disposée par l'emploi des mêmes moyens thérapeutiques; quand l'un des os de cette portion du membre abdominal est seul rompu, l'autre forme attelle, supporte en partie le poids du corps, ajoute à la contention permanente opérée par le bandage. D'après ce que nous avons maintes fois observé, on peut, dès que le bandage est solidifié, permettre aux malades de quitter le lit, de se servir modérément du membre fracturé, en s'aidant d'une simple canne, et en restant peu de temps debout. Ce que nous avons dit des fractures de l'extrémité inférieure du radius est applicable à celles de la portion malléolaire du péroné.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE PHIMOSIS ET SON TRAITEMENT.

Tout le monde sait ce que l'on entend par phimosis; mais, ce qu'il est surtout important de bien distinguer, ce sont les circonstances diverses qui l'accompagnent et qui, en faisant varier sa nature et sa constitution, fournissent des indications thérapeutiques différentes. Ainsi, le phimosis est congénital ou accidentel. Dans le premier cas, il peut arriver que l'ouverture du prépuce soit tellement rétrécie, qu'elle ne puisse livrer passage aux urines qui ne coulent que goutte à goutte; d'autrefois, cette ouverture, assez large pour permettre une issue facile au liquide urinaire ne permet pas de découvrir le gland; quelquefois enfin, on voit le phimosis se former spontanément chez les vieillards qui ont un grand embonpoint, alors que le gland et les corps caverneux cessent de se développer sous l'influence des érections rendues impossibles par l'extinction des facultés viriles. Or, dans ces différentes circonstances, une opération est-elle nécessaire? Il ne peut y avoir, à cet égard, le moindre doute, lorsque le prépuce forme un obstacle réel à la sortie de l'urine; mais, lorsque cet obstacle n'existe pas, la question est plus difficile à résoudre, et la preuve, c'est qu'il y a des individus qui conservent toute leur vie ce vice de conformation, et cela, sans qu'il leur survienne aucun accident sérieux. Cependant, si l'on remarque que, chez les enfants, comme chez les adultes, cette disposition permet l'accumulation, entre le prépuce et le gland, de la matière sébacée, qui devient par son contact une cause d'irritation, de douleurs, et quelque-

fois même d'inflammation suppurative ; si, pour les adultes en particulier, on réfléchit que cette disposition rend le coït douloureux, par suite des tiraillements inévitables, tiraillements qui, dans certaines circonstances, donnent lieu à des petites éraillures, lesquelles, à leur tour, peuvent devenir l'origine d'ulcérations spécifiques graves, et quelquefois même de dégénérescence carcinomateuse ; si, enfin, on se rappelle que cette dégénérescence cancéreuse est plus fréquente chez les vieillards ; que, dans ce dernier cas, elle se développe sous l'influence de la cause la plus légère, on se convaincra que si l'opération du phimosis n'est pas toujours indispensable, elle est au moins, dans beaucoup de cas, utile et avantageuse.

Le phimosis accidentel peut se développer sous l'influence de différentes causes. Sans entrer dans les détails de son étiologie et de sa symptomatologie, ce que je tiens seulement à constater ici, c'est que l'opération n'est pas toujours indiquée comme dans le cas précédent, soit parce que, les chancres n'étant pas encore cicatrisés, la plaie résultant de l'opération pourrait prendre le même caractère spécifique, soit parce que le phimosis n'est qu'un état passager résultant de la tuméfaction inflammatoire du gland. Il n'en est pas de même lorsque le prépuce est le siége d'indurations, et a perdu toute espèce d'extensibilité ; alors l'opération est non-seulement indiquée, mais elle est indispensable si l'on veut éviter des accidents beaucoup plus graves, des dégénérescences cancéreuses, auxquelles ces ulcérations servent le plus souvent de cause et d'origine ; alors la simple incision ne suffit plus, il faut avoir recours à la circoncision.

Les indications thérapeutiques étant posées, nous allons passer en revue les différents procédés opératoires proposés, soit pour pratiquer le simple débridement, soit pour pratiquer l'ablation de la portion exubérante du prépuce.

L'incision convient surtout lorsque le phimosis est congénial, dans tous les cas, en un mot, où il suffit d'opérer un débridement ; seulement il y a plusieurs manières de la pratiquer.

Le plus ancien procédé est celui de Celse, qui l'a décrit de la manière suivante : « Si le gland, dit-il, est tellement recouvert qu'on ne « puisse plus le mettre à nu, il faut chercher à le découvrir, et voici « le procédé qu'on emploie : on fait, au-dessous du prépuce, à partir « du bord libre du frein, une incision longitudinale, qui a pour effet « de relâcher les téguments qui sont en dessus, et de permettre, par « conséquent, de les abaisser. Si, par suite du resserrement du pré- « puce ou de la dureté qu'il présente, cette incision est insuffisante, on « enlève immédiatement un lambeau triangulaire dont le sommet ré-

pond au frein et la base à l'extrémité libre du prépuce. » (Liv. VII, chap. XXII.)

Ce n'est pas sans raison que nous avons cité textuellement le passage de Celse; on pourra se convaincre en le lisant que le procédé attribué à M. Jules Cloquet ne diffère en rien de celui de Celse. C'est, à notre avis, le plus simple et le plus rationnel ; il est incontestablement préférable à celui qui est mis en usage par plusieurs chirurgiens modernes, et qui consiste à pratiquer l'incision à la partie supérieure du prépuce. Dans ce cas, en effet, on a l'inconvénient grave de produire une véritable difformité, le prépuce retombant de chaque côté du gland en forme d'*oreilles de chien ;* en outre, il devient beaucoup plus difficile d'attaquer le frein qui se trouve souvent trop court.

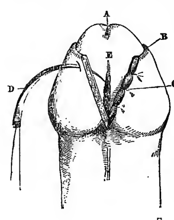
Se fondant sur la structure anatomique des parties, et ayant remarqué que dans le paraphimosis la constriction était plutôt produite par la membrane muqueuse que par la peau qui jouit dans cette région d'une extensibilité très-grande, M. Cullerier a été conduit à borner son incision à la membrane muqueuse.

M. Coster a proposé une espèce de débridement multiple consistant en trois incisions peu profondes sur le bord libre du prépuce. Ce procédé a été modifié par M. Malapert, qui se contente de deux incisions au prépuce, réservant la troisième pour couper le filet.

Enfin, dans ces dernières années, un chirurgien anglais, M. Hawkins, a modifié le procédé de Celse, ou mieux, pour être plus exact, nous dirons qu'il l'a complété d'une manière avantageuse, en y ajoutant la suture entrecoupée destinée à réunir la muqueuse et la peau. C'est ce procédé ingénieux que M. Jobert a adopté et que nous recommandons, car les résultats sont venus confirmer la supériorité de ce mode opératoire. Voici comment opère l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Après avoir fait relever la verge, et repousser le prépuce en arrière autant que possible, il introduit entre le prépuce et le gland, à la partie inférieure de cet organe et sur les côtés du frein, une des branches d'une paire de ciseaux, l'autre branche restant en dehors du prépuce, qui, de cette manière, se trouve compris dans l'écartement des deux branches. Cela fait, il coupe d'un coup de ciseaux toutes les parties comprises dans cet écartement ; puis, au moyen d'un second coup, il fait la section du frein E. Immédiatement on voit les deux lèvres s'écarter l'une de l'autre, de manière à représenter un V ou un angle ouvert en bas et dont le sommet correspond à la base du gland. Ainsi qu'on le voit sur la figure ci-jointe, chaque lèvre considérée en particulier offre ceci de remarquable, que la partie moyenne se déprimant, elle forme une espèce

de gouttière dont les deux bords, l'un constitué par la membrane muqueuse, l'autre par la peau, tendent à se rapprocher et à se mettre en contact. M. Jobert les réunit au moyen d'un nombre suffisant de points de suture entrecoupée C. A l'instant même, tout écoulement de sang cesse, et dès le lendemain, la réunion par première intention est opérée. Cependant, en général, M. Jobert ne coupe les fils que le surlendemain. Quelques jours suffisent pour que le malade soit complétement guéri.



Comme on le voit, rien n'est plus simple que ce procédé qui, plus prompt et par conséquent moins douloureux que l'excision ou la circoncision, offre de plus l'avantage précieux de fournir une guérison beaucoup plus rapide, exempte en général de toute espèce de suppuration. Je sais très-bien qu'il ne saurait convenir dans tous les cas, que la nature et l'étendue de l'altération dont le prépuce est atteint, peut forcer le chirurgien à en sacrifier une partie plus ou moins considérable ; mais alors il est toujours bon de réserver cette excision à ces cas exceptionnels. Telle n'est cependant pas l'opinion de tous les chirurgiens, et M. Vidal (de Cassis), qui croit à tort avoir le premier appliqué la suture à l'opération du phimosis, préfère la circoncision à l'incision ou à l'excision. Nous avouerons franchement que nous n'en avons pas parfaitement apprécié les motifs, d'autant plus que si dans l'état normal l'ouverture du prépuce doit permettre le passage facile du gland, il n'est pas entièrement physiologique que cet organe soit toujours à découvert. C'est à cette indication physiologique que le procédé employé par M. Jobert nous paraît satisfaire, aussi lui accordons-nous la préférence, toutes les fois qu'aucune circonstance pathologique ne vient le contre-indiquer.

Quoi qu'il en soit, nous rendons hommage aux procédés ingénieux de circoncision imaginés par M. Vidal ; ils nous paraissent d'autant plus utiles, qu'après l'ablation du prépuce, M. Vidal, comme M. Jobert, réunit par de points des suture entrecoupée la muqueuse avec la peau.

C'est en cela surtout que nous les croyons supérieurs à celui de

Lisfranc, lequel se trouve décrit par Guillemeau, ainsi qu'à celui de M. Ricord, qui, depuis longtemps déjà, ne met plus en pratique que le procédé de M. Vidal. Ce chirurgien décrit deux procédés ; la différence qui existe entre eux nous semble peu importante : dans le premier, les fils passent transversalement au-dessus du gland ; dans le second, c'est un seul fil assez long, qui décrit une spirale autour de la base du prépuce. Quant au résultat, il est identiquement le même, et présente, je le répète, l'inconvénient grave de sacrifier quelquefois inutilement un organe qu'il n'est pas toujours sans importance de conserver.

Rozé, D.-M.

CHIMIE ET PHARMACIE.

POUDRE PURGATIVE AU CITRATE DE MAGNÉSIE.

Le citrate neutre de magnésie obtenu directement liquide, reste en dissolution pendant un temps assez long, c'est ce qui explique la possibilité de préparer à l'avance dans les officines des limonades purgatives ayant ce sel pour base.

Ce même citrate, amené par évaporation de l'eau à l'état cristallisé ou amorphe, en un mot à l'état solide, n'est plus soluble qu'en très-faible proportion, même en le rendant acide ; il ne peut donc être employé en cet état à la manière des autres sels purgatifs, comme le sulfate de soude et celui de magnésie.

On peut, il est vrai, obtenir un citrate magnésien soluble dans l'eau chaude en ayant recours au procédé de M. Duclou, publié dans le *Bulletin de Thérapeutique*, vol. XXXII, p. 504 ; on peut même l'obtenir soluble à froid en suivant celui de M. Marchand, qui consiste à n'employer, pour déterminer la combinaison, que la plus petite quantité d'eau possible.

Mais à quoi bon se préoccuper de la préparation préalable du citrate de magnésie, lorsqu'on veut le délivrer de l'état solide, quand il suffit de mêler ensemble les substances propres à lui donner instantanément naissance au moyen du liquide dans lequel on veut l'administrer, pour obtenir un résultat aussi satisfaisant, du moins tant que l'on n'aura pas trouvé un procédé plus simple et plus certain que ceux proposés ?

La poudre purgative de Royé au citrate de magnésie n'est pas autre chose, selon MM. Meynier, Thevenot et Maury qu'un mélange de la sorte.

M. Maury fait connaître les formules suivantes :

Acide citrique.	23 grammes.
Magnésie calcinée . . .	7,5

Réduisez en poudre fine l'acide à l'aide d'un peu de magnésie, et ajoutez peu à peu le reste de celle-ci, de manière à former une poudre homogène.

Ce mélange représente 30 grammes de citrate de magnésie. Il se dissout très-promptement dans l'eau chaude. Dans l'eau froide il demande de cinq à dix minutes pour se dissoudre.

Si l'on voulait employer le carbonate de magnésie au lieu de la magnésie elle-même, il faudrait prendre 15 grammes de ce dernier ; mais dans ce dernier cas la poudre est plus volumineuse et fait effervescence, quand on la met dans du bouillon ou une tisane quelconque dans laquelle on veut administrer le purgatif.

Si l'on voulait obtenir une poudre propre à fournir, en la jetant dans l'eau, une limonade gazeuse, voici la formule à suivre :

Magnésie calcinée.	8	grammes.
Magnésie carbonatée.	4	»
Sucre aromatisé à volonté . .	50	»
Acide citrique pulvérisé . . .	26	»

Mêlez exactement.

Cette poudre, mise dans une bouteille d'eau, donne, au bout d'une demi-heure, une limonade gazeuse purgative, très-limpide si la magnésie était pure. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS CURIEUX DE L'EXPULSION SPONTANÉE D'UN HARICOT APRÈS UN MOIS DE SÉJOUR DANS LE VENTRICULE DU LARYNX.

Le fait que je vais rapporter me semble digne de quelque intérêt ; en effet, la conduite que le médecin doit tenir dans le cas de pénétration de corps étranger dans les voies aériennes n'est pas tellement arrêtée qu'il ne puisse y avoir quelque incertitude, dont les faits connus peuvent seuls fournir les moyens de triompher. Tout le monde est d'accord pour pratiquer la trachéotomie ; mais cette opération une fois exécutée, la liberté de la respiration provisoirement rétablie, que faut-il faire si le corps étranger ne s'échappe pas par la plaie immédiatement après l'ouverture de la trachée ? Faut-il se livrer à des recherches toujours dangereuses et souvent inutiles ? Pas de doute, si l'on

peut croire qu'il est descendu dans la partie inférieure de la trachée, et si la respiration continue à être gênée ; mais si les voies respiratoires paraissent libres, et si l'on croit s'être assuré que le corps étranger s'est arrêté dans le ventricule du larynx, c'est-à-dire au niveau de la glotte, faut-il aller à sa recherche ? Le fait suivant me semble établir que, dans ce dernier cas, ces recherches sont complétement inutiles, et que la nature se charge elle-même, et avec beaucoup d'avantage pour le malade, de l'expulsion du corps étranger.

Le nommé Borniche, jeune enfant de sept ans, de la commune de Villers, jouait avec des haricots qu'il tenait dans sa bouche pendant la récréation de l'école, lorsque la cloche vint annoncer l'heure de la classe. Il s'élança aussitôt pour courir avec ses camarades ; mais dans la grande inspiration qui suivit l'instant de la course, un des haricots pénétra dans les voies aériennes ; les autres furent rejetés dans une violente quinte de toux provoquée par la pénétration du haricot dans la trachée. La suffocation devint imminente. Agitation, face violacée, etc. Tout d'un coup ces terribles accidents disparurent au moment où on s'y attendait le moins, et firent place à un calme parfait. Ceci se passait vers midi. Dans la nuit, vers trois heures du matin, les mêmes accidents se reproduisirent, et cette fois les parents se décidèrent à venir me chercher. Je partis, ne comprenant pas bien comment un corps étranger, entré la veille, à midi, dans les voies respiratoires, n'avait pas occasionné la mort à cinq heures du matin, le lendemain. Lorsque j'arrivai près du malade, je le trouvai dans un état voisin de l'asphyxie. Aussi n'hésitai-je pas à pratiquer immédiatement la trachéotomie. Mais grand fut mon désappointement. Pas de corps étranger ! Alors j'écoutai attentivement sur le trajet qui avait dû être parcouru par le corps étranger, et en arrivant au niveau de la glotte, j'entendis un bruit particulier, qui rappelait celui d'une soupape qui s'élève et s'abaisse. Plus de doute, c'était le corps étranger qui s'était logé dans le ventricule du larynx. La respiration s'était parfaitement rétablie par l'ouverture de la trachée, et aucun accident n'indiquait d'aller à la recherche du corps étranger. Je résolus de l'abandonner aux soins de la nature. L'opération fut suivie d'une broncho-pneumonie que je combattis par les moyens convenables, et pendant la durée de laquelle il s'échappa par la plaie une très-grande quantité de mucosités. Après cinq jours, l'affection pulmonaire ne donnait plus aucune inquiétude. Pendant un mois, l'ouverture de la trachée se maintint ouverte ; mais, à cette époque, l'enfant, dans une forte quinte de toux, expectora d'abord la membrane d'enveloppe, puis le haricot ramolli et germé. Les deux cotylédons s'étaient séparés et

portaient une tige longue d'un centimètre. L'ouverture de la trachée se cicatrisa immédiatement après la sortie du corps étranger.

Je laisse au lecteur le soin de tirer les conséquences de cette observation ; mais j'appellerai cependant son attention sur cette circonstance curieuse, à savoir, que le haricot a germé, et que c'est cette même germination qui devait faciliter son expulsion spontanée.

Ch. Debout,
à Jaulgonne (Aisne).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Applications de morphine par la méthode endermique.—Rapidité d'action du médicament. — L'introduction des médicaments dans l'économie par la voie endermique est une méthode thérapeutique toute moderne, mais dont le *Bulletin* a déjà signalé, dans un grand nombre de cas, l'importance et les avantages. C'est surtout pour les médicaments stupéfiants, et en particulier pour la morphine, qu'on a le plus souvent l'occasion d'y recourir, et en général, dans ce cas, on se sert, pour dénuder le derme, d'un vésicatoire extemporané fait avec la pommade ammoniacale de Gondret. Dès que la vésication est produite, on détache l'épiderme soulevé, on applique le sel de morphine, et on peut ainsi en renouveler pendant deux ou trois jours l'application.

Il était intéressant de déterminer en combien de temps se produisent les effets généraux de la morphine ainsi appliquée ; d'autre part, pendant combien de jours l'absorption du remède peut se faire à la surface du vésicatoire ammoniacal. C'est ce que M. Trousseau a essayé de faire à l'aide de nombreuses expériences. Nous ne faisons que résumer ici les faits que nous avons pu observer dans son service étendu et varié de l'hôpital Necker.

Nous avons vu qu'en général les effets de la morphine étaient beaucoup plus rapides qu'on ne le croit communément. Ainsi, le plus souvent, une minute et demie ou deux minutes après l'application du sulfate de morphine, préparation que M. Trousseau emploie de préférence à tout autre sel de morphine, les malades commençaient à éprouver de la pesanteur de tête, un malaise général, une tendance au sommeil, puis de la somnolence, et très-fréquemment du sommeil. Chez quelques malades même, ces effets se produisaient en moins d'une minute ; mais c'est là, à dire vrai, l'exception. M. Trousseau a constaté, en outre, que les effets sont moins rapides le premier jour, c'est-à-dire si on applique la morphine au moment même où le vésicatoire ammoniacal vient d'être produit, qu'ils le sont le second jour surtout, qu'ils

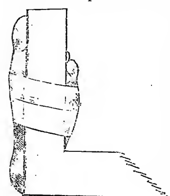
le sont moins le troisième, qu'ils n'existent plus le quatrième ; en sorte que l'absorption de la morphine à la surface d'un vésicatoire fait avec la pommade de Gondret est peu forte le premier jour, très-vive le second, faible le troisième, presque nulle le quatrième. Ce sont là des résultats d'une très-grande importance pratique, comme on le conçoit facilement.

Il importe que nous notions deux faits. Le premier, c'est que tous les sujets que nous avons observés dans le service de M. Trousseau étaient des femmes, et on sait qu'en général les femmes subissent plus facilement l'action des préparations d'opium que les hommes. Le second, c'est que, le plus souvent, l'application de morphine avait lieu à la région temporale, partie où la ténuité de la peau, sa vascularité, peuvent peut-être rendre l'absorption plus facile. Ce sont là deux conditions dont il importe de tenir compte. Il serait utile que des expériences comparatives fussent faites chez des hommes, et que les applications de morphine eussent lieu dans des endroits différents.

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. — Bons effets de la cautérisation au fer rouge. — Appareil très-simple pour assurer l'immobilité du pied. — Un moyen de révulsion puissant, trop négligé dans le traitement des tumeurs blanches, ce sont les raies de feu appliquées autour de l'articulation malade. L'épouvantail des apprêts de la cautérisation par le fer rouge, autant que la douleur qu'elle provoque, ont fait abandonner à la chirurgie vétérinaire l'emploi de cette médication si efficace. Cependant, depuis la découverte des propriétés anesthésiques de l'éther et du chloroforme, on y a recours un peu plus souvent, et M. Nélaton vient de nous faire voir un beau cas de succès dû à l'emploi fréquemment répété de ce moyen.

Le nommé Robert (Lucien), garçon menuisier, âgé de vingt-quatre ans, fut admis à l'hôpital Saint-Antoine pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne du pied droit, que rien n'avait pu améliorer. La présence de nombreuses fistules, le gonflement des parties molles de l'articulation, la grande mobilité du pied dans le sens latéral, qui témoignait d'un très-grand relâchement des ligaments, avaient porté le chirurgien qui donnait ses soins à ce malade à penser que l'amputation était seule applicable à des désordres aussi étendus. M. Nélaton, avant de recourir à ce remède extrême, voulut tenter l'application du cautère actuel; chaque quinze jours, il pratiqua autour de l'articulation malade huit à dix raies de feu, avec un cautère en forme de hachette ; puis, à l'aide d'un cautère en roseau, il cautérisa également les trajets fistuleux. Pendant les trois mois qu'a duré ce traite-

ment, quatre-vingt-cinq raies de feu ont été pratiquées, et, sous l'influence de leur action, non-seulement l'articulation a repris son volume normal, mais le pied a conservé ses mouvements d'extension et de flexion. Pour prévenir le retour de tout accident, lorsque le malade a commencé à marcher, M. Nélaton prit soin de faire appliquer autour de l'articulation un bandage amidonné en papier, puis l'on s'est borné ensuite à une simple bande de toile que le malade appliquait lui-même.



M. Nélaton nous a montré l'appareil dont il s'était servi pour assurer l'immobilité du pied pendant ce traitement : ce sont deux planches réunies à angle droit; quelques tours de bande servent à fixer le pied, ainsi que le montre la figure ci-jointe. Cet appareil très-simple est employé par ce chirurgien principalement dans les fractures du col du fémur; il peut servir, on le voit, dans toutes les circonstances où il importe d'assurer l'immobilité du membre inférieur.

Escarres au sacrum. — Moyen facile de confectionner un matelas élastique. — Une des complications les plus fâcheuses des affections chirurgicales que le décubitus prolongé puisse déterminer est certes l'apparition d'escarres au sacrum. Nous avons encore été témoin, dans le service de M. Nélaton, de l'emploi d'un moyen fort facile pour prévenir ces sortes d'accidents. Ce chirurgien fait renfermer dans un sac de toile six vessies de porc insufflées d'air, et obtient ainsi un petit matelas élastique qui, placé sous le siége du malade, prévient la formation des escarres, ou, lorsqu'elles sont formées, permet au malade de conserver le décubitus dorsal quelquefois indispensable pour la guérison de la maladie dont il est affecté. Une seule précaution est à prendre lors de la confection de cette sorte de matelas, c'est d'introduire un demi-verre d'eau dans l'intérieur de chacune des vessies avant de les insuffler; le liquide, en se vaporisant, entretient la souplesse des parois des vessies et prévient leur rupture.

***Paraplégie datant de plusieurs mois.—Emploi de la brucine à haute dose. — Amélioration notable.* — Les heureux résultats de l'administration de la strychnine dans les paralysies anciennes et rebelles ont fait presque entièrement perdre de vue aux praticiens l'existence d'un**

agent aussi sûr que la strychnine et cependant plus facile à manier et moins dangereux, nous voulons parler de la *brucine* employée d'abord par M. Andral et M. Magendie. La brucine a surtout été expérimentée par M. Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker. Dans ses premières expériences, ce médecin avait soumis à l'emploi de ce médicament six malades affectés, un de paraplégie, le second d'une paralysie des muscles fléchisseurs des doigts de la main gauche, et les quatre autres d'hémiplégie, en débutant par un à deux centigrammes, et en augmentant lentement et progressivement la dose. Les résultats en furent des plus satisfaisants et tout à fait analogues à ceux qu'on eût pu attendre de la strychnine. En effet, comme la strychnine, cet agent thérapeutique détermine des secousses plus ou moins fortes, spécialement dans les membres paralysés, et ses bons effets sont généralement proportionnés à l'intensité de l'action physiologique; mais le grand avantage qu'il présente, c'est qu'on peut l'élever graduellement à une dose très-forte, sans avoir à craindre d'accidents graves. Dans les premiers temps, M. Bricheteau pensait qu'on devait commencer par 1, 2 ou 3 centigrammes, et s'arrêter à 10 centigrammes. Depuis, ce médecin s'est assuré qu'on peut commencer sans inconvénient par 6 et même 10 centigrammes, et augmenter progressivement de 1 à 2 centigrammes par jour jusqu'à 50 centig., en suivant, toutefois, avec attention les effets du médicament, et en se préparant à réduire la dose, si les secousses sont trop fortes. L'observation suivante témoigne de la possibilité de cette administration à dose élevée, et des avantages thérapeutiques de la brucine dans la paraplégie ancienne.

Une femme de cinquante-sept ans, blanchisseuse, grande, forte et bien constituée, éprouvait, depuis la fin de juillet 1847, des douleurs dans la région dorsale et lombaire, qui l'empêchaient de se coucher sur le dos. Ces parties étaient sensibles à la pression. La nuit, les douleurs devenaient insupportables et l'empêchaient de dormir. La respiration était assez pénible; il y avait même, par moment, des accès de suffocation. La malade était obligée de s'asseoir sur son lit, pour pouvoir respirer plus facilement. Les jambes étaient excessivement faibles; et quand la malade voulait marcher, elles ne pouvaient la supporter; elle les traînait en quelque sorte. Elles étaient le siége de fourmillements insupportables. Sensation de froid et de chaud alternativement. Les selles étaient rares, ainsi que les urines; le ventre était ballonné, sensible à la pression. Pendant quelques mois, cette malade est restée à l'hôpital Necker, soumise à un traitement assez simple, car la maladie était assez obscure. Au mois de novembre, on lui appliqua deux premiers cautères, au niveau de la région dorsale ; elle n'en obtint pas un

grand effet. Deux autres lui furent appliqués au commencement de janvier. Elle en retira quelques bienfaits. La paralysie était néanmoins assez considérable pour que la malade ne pût marcher. Enfin, au mois d'avril, M. Bricheteau, pensant que l'élément inflammatoire était peu développé dans cette forme de paraplégie, commença l'administration de la brucine en pilules, et des bains sulfureux. La brucine fut d'abord administrée à la dose de 10 centigrammes, puis peu à peu portée à la dose de 50 centigrammes. Depuis l'administration de ce médicament, la malade a éprouvé un mieux remarquable; car, un mois après, elle marchait assez facilement, en traînant encore, il est vrai, un peu ses jambes. Mais les forces lui sont revenues, et la malade se tient toute la journée debout. Du reste, l'administration de ce médicament à une dose aussi élevée n'a produit aucun fâcheux accident. Quelques secousses convulsives sont les seuls effets qu'éprouve cette femme quand elle a pris les pilules. Ajoutons que les bains sulfureux paraissent avoir également contribué à rendre aux jambes la force qu'elles n'avaient pas auparavant, en agissant indirectement sur la contractilité musculaire.

Nous ajouterons que M. Bricheteau a actuellement dans ses salles, en même temps que la malade qui fait l'objet de l'observation qui précède, un jeune homme atteint d'une paraplégie ancienne, suite probable de myélite, et qui prend chaque jour 36 centigrammes de brucine.

Absence de la cloison nasale.—Procédé facile de restauration.— Il n'est pas de règles précises pour les procédés autoplastiques, c'est à l'intelligence du chirurgien de s'inspirer des circonstances organiques qui constituent le vice de conformation pour apporter aux procédés appliqués avant lui aux mêmes difformités, les modifications qui lui permettront de présenter le meilleur résultat possible. C'est ce qu'a fait M. Jobert, dans le cas suivant.

La femme Choiselat, journalière, âgée de quarante-huit ans, est admise à l'hôpital Saint-Louis, pour une absence de la cloison sous-nasale, résultat probable d'un ulcère dartreux ou syphilitique : la cloison est presque entièrement détruite et donne à la figure de cette femme un aspect presque repoussant. Voici le procédé suivi par M. Jobert pour remédier à cette difformité. Après avoir isolé la lèvre supérieure d'un tubercule assez prononcé, débris de la cloison sous-nasale par le travail ulcératif, cet habile chirurgien tailla un lambeau à l'aide de deux incisions partant de l'intérieur des narines, prolongées jusqu'à la base de la lèvre et s'étendant en profondeur aux deux tiers de l'épaisseur de cette lèvre. En disséquant les parties limitées par ces deux incisions séparées l'une de l'autre par quatre à cinq lignes

d'intervalle, M. Jobert obtint un lambeau épais ayant la forme d'un carré allongé, dont la base adhérait largement à la lèvre et dont le sommet était formé par les derniers vestiges de la cloison sous-nasale. Ce sommet du lambeau a été porté alors sur l'extrémité du lobule du nez préalablement avivé, puis maintenu en place à l'aide de trois points de suture pratiqués avec des aiguilles fines. Cette opération a très-bien réussi, et quinze jours après, lorsque nous avons revu la malade, il était difficile, à la distance de quelques pas, de supposer qu'elle eût jamais manqué de cloison sous-nasale.

Névralgie traumatique. — Usage externe du chloroforme. — Ces sortes de névralgies sont souvent, on le sait, réfractionnaires aux médications les plus diverses; nous lisons dans un journal américain que le chloroforme est employé avec succès dans ces circonstances. Le cas cité à l'appui de cette action topique est celui d'un blessé qui ne pouvait mouvoir le pouce, ni les deux premiers doigts, sans éprouver une grande douleur, provoquée par la lésion du nerf radial. Des remèdes stimulants furent mis en usage pendant quelques jours sans le moindre avantage. Le chirurgien fit alors verser sur le bras un gros de chloroforme, qui fut suivi en peu d'instants d'un effet si puissant que le patient put mouvoir les doigts sans aucune douleur. Un morceau d'éponge, imbibé de chloroforme, fut ensuite appliqué sur la blessure, et pour empêcher l'évaporation, on lia sur l'éponge une bande de soie huilée. Le lendemain, il ne restait plus de trace de complication nerveuse. Ce fait, tout incomplet qu'il soit, rapproché d'un cas à peu près semblable, dont nous venons d'être témoin à l'hôpital de Beaujon, dans le service de M. Legroux, permet d'appeler l'attention des praticiens sur les ressources que peuvent fournir les applications locales de l'agent anesthésique par excellence. Un menuisier, admis à l'hôpital Beaujon pour une névralgie sciatique affectant les deux membres abdominaux, et consécutive à la présence d'une tumeur cancéreuse développée dans la cavité abdominale, éprouvait des douleurs si intenses, qu'il ne pouvait jouir du moindre instant de repos. L'opium à l'intérieur, les vésicatoires saupoudrés de morphine, etc., étant sans résultat, M. Legroux eut la pensée d'essayer des applications locales du chloroforme; il fit appliquer sur chacune des jambes, au niveau de la tête du péroné, au point d'émergence du nerf poplité externe, une petite éponge imbibée de cet agent, et renferma chacun des membres dans une espèce de botte en taffetas gommé qui fut maintenue à l'aide d'une bande au niveau du tiers inférieur de la cuisse. Le lendemain, à la visite, les douleurs avaient entièrement disparu. Si de nouveaux

succès venaient confirmer cette action topique du chloroforme, ce serait en effet une précieuse ressource.

Coqueluche, complication de pleurésie. La coqueluche est une des affections dont la terminaison est le plus variable. Tantôt restant bénigne pendant tout le cours de sa durée, elle cesse après un certain temps, sans être accompagnée ni suivie d'aucun accident grave. Tantôt, au contraire, et quelquefois même alors qu'elle s'est annoncée de la manière la plus bénigne, elle prend bientôt une grande violence et s'accompagne de phénomènes qui lui donnent beaucoup de gravité.— La complication la plus habituelle de la coqueluche est la pneumonie, affection qui offre dans ce cas spécial des caractères également particuliers. Les convulsions surviennent aussi fréquemment et l'incertitude de leur terminaison est telle, qu'il est sage de porter toujours alors un pronostic défavorable. L'observation qui suit a trait à une complication moins commune : nous voulons parler de la pleurésie, affection rare dans la première enfance, où les maladies aiguës de la poitrine consistent surtout dans des catarrhes et des pneumonies.

Au nº 3 bis de la salle Sainte-Cécile (hôpital Necker) est amenée une enfant âgée de vingt-deux mois. C'était une petite fille bien développée, allaitée par sa mère jusqu'à l'âge de dix-huit mois. Sa santé s'était maintenue invariablement bonne jusques il y a environ un mois et demi. A ce moment, elle avait pris la coqueluche qui régnait dans la maison habitée par la mère, et y attaquait tous les enfants, sans présenter d'ailleurs jusqu'alors la moindre gravité. Les quintes, au début de la maladie, avaient été nombreuses et de longue durée. Le visage de l'enfant s'injectait, devenait livide et violet. Quelquefois même dans certaines quintes plus violentes, l'enfant perdait connaissance pendant quelques secondes. Il ne s'était produit, d'ailleurs, aucun autre accident du côté des centres nerveux ni des autres viscères.

Il y a quinze jours environ, la mère remarqua que les quintes devenaient à la fois moins nombreuses et de moins longue durée. A cette époque, pourtant, l'enfant était prise de fièvre, qui dura pendant quatre à cinq jours. Elle toussait dans l'intervalle des quintes, mais la mère distinguait parfaitement cette toux de celle de la coqueluche. Ce fut quinze jours après le début de cette fièvre que l'enfant fut amenée à l'hôpital, dans l'état suivant : le pouls était fréquent, régulier ; la peau sans chaleur fébrile, la toux catarrhale abondante, les quintes au nombre de six à huit par jour, peu violentes d'ailleurs. En examinant avec oin la poitrine, on constatait à la percussion une matité complète de tout le côté gauche, le côté droit conservant sa résonnance normale.

A gauche, le bruit respiratoire avait disparu, excepté tout à fait en haut où on l'entendait encore. Le cri de l'enfant retentissait plus qu'à l'état normal. Il était en même temps modifié, sans que d'ailleurs cette modification ressemblât à l'égophonie des adultes. La vibration de la paroi thoracique du même côté était presque nulle, tandis qu'à droite, où la respiration était parfaitement pure, cette vibration était très-grande. Le côté gauche ne semblait d'ailleurs nullement déformé.

On appliqua sur la poitrine de l'enfant un vésicatoire volant, et on lui administra une potion avec une goutte de teinture de digitale. Quelques jours après, elle était emmenée par sa mère, avant même que le vésicatoire fût entièrement desséché, et que le traitement pût avoir quelque influence sur la maladie.

Ce fait peut jeter quelque jour sur le diagnostic de la pleurésie qui se manifeste chez les très-jeunes enfants. Ici les signes étaient nombreux, la matité, l'absence du bruit respiratoire, le retentissement et la modification du cri, enfin l'absence de vibration des parois thoraciques. Le problème n'est pas toujours aussi simple. Dans les pleurésies peu étendues et surtout compliquées de pneumonie, il arrive quelquefois que les signes, si tranchés dans l'observation qui précède, deviennent fort incertains, et qu'un diagnostic précis soit alors à peu près impossible. Il est vrai de dire que, dans ces cas particuliers, la difficulté du diagnostic n'a pas sur la thérapeutique une influence très-fâcheuse. Le traitement qu'on oppose à la pneumonie modifie alors en général avec avantage la pleurésie qui la complique.

Fracture de l'une des vertèbres de la région cervicale n'ayant déterminé aucun accident grave. — Consolidation avec perte de la mobilité de la tête et du cou.—Un jeune maçon, fortement constitué, bien musclé, pendant qu'il vaquait aux travaux de son état, tomba de la hauteur d'un troisième étage ; la partie postérieure du cou vint frapper sur des moellons. Il éprouva aussitôt des douleurs très-vives dans la région cervicale, avec impossibilité de mouvoir la tête ; il s'aperçut aussi d'un peu de faiblesse dans le bras droit. C'est dans cet état qu'il fut transporté à l'hôpital Beaujon. M. Robert ne put d'abord, au premier moment, déterminer à quelle lésion on avait affaire, car le gonflement et la contusion considérables des parties molles du cou et les douleurs vives que ressentait le malade aux moindres mouvements, rendaient impossible une exploration attentive. Ce fut seulement quelques jours après que ce chirurgien put procéder à un examen suffisant. En arrière on sentait, au niveau de la quatrième ou cinquième vertèbre

cervicale, une dépression considérable. Le doigt introduit dans l'arrière-gorge jusqu'au pharynx, ne percevait rien d'anormal. Le malade souffrait beaucoup au moindre mouvement; il n'y avait point de paralysie dans les membres. En présence de ces symptômes, il était assez difficile de porter un diagnostic précis. On pouvait hésiter entre une contusion de la moelle, une fracture du rachis et une simple contusion des parties molles externes du cou, ou même une distension des ligaments vertébraux. Les indications étant d'ailleurs les mêmes dans tous ces cas, le malade fut maintenu dans un état de repos absolu. Peu à peu les douleurs et le gonflement diminuèrent, le malade cessa de souffrir dans l'état d'immobilité, mais les mouvements de la tête étaient toujours impossibles et les moindres tentatives très-douloureuses. On procéda, au bout de quinze à vingt jours, à une nouvelle exploration, et l'on reconnut alors, de la manière la plus manifeste, une fracture de la cinquième vertèbre cervicale. En portant le doigt sur le plancher postérieur du pharynx, on sentait distinctement les inégalités résultant du déplacement des fragments vertébraux. Dès ce moment il ne resta plus de doute sur l'existence de la fracture. Le repos fut continué; le soixante-sixième jour de l'accident, la consolidation de la fracture était très-avancée; le malade sortit au bout de trois mois, ne souffrant plus, mais ayant conservé une grande raideur de la tête et du cou, la tête était légèrement inclinée à gauche. Le redressement en était impossible, et le malade éprouvait encore un reste de sensibilité lorsqu'on cherchait à redresser la tête ou à mouvoir le cou. Sa santé était d'ailleurs parfaite, et il jouissait de la plénitude de ses mouvements dans tous les membres.

VARIÉTÉS.

—

Le concours pour la chaire d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, vacante à la Faculté de Montpellier, a été ouvert le 5 juin. Le jury se compose de MM. Lordat, Caizerques, Dubreuil, Ribes, Boyer, René, Estor, Buisson, Jalaguier et Vailhé. Les candidats qui ont répondu à l'appel sont MM. Delmas, Chrestien, Dumas et Benoît. Le sujet de la question écrite à traiter à huis clos en huit heures de temps était : « Des rapports entre l'anatomie pathologique et la pratique obstétricale. »

Par suite de la nomination de M. Laugier à la chaire de clinique chirurgicale de la Pitié, les changements suivants ont eu lieu dans les hôpitaux : M. Michon quitte l'hôpital Cochin, pour prendre le service laissé vacant par la mort de Lisfranc. M. Maisonneuve passe à Cochin, et est remplacé à Bicêtre par M. Després, chirurgien du Bureau central.

La Société médicale d'émulation de Paris, dans sa séance du 7 juin, a choisi la question suivante pour sujet de prix à décerner en 1850 : « Des analogies et des différences qui existent entre les divers épanchements des cavités séreuses et splanchniques. » Le prix est de la valeur de 300 francs. Les Mémoires doi-

vent être adressés dans les formes académiques, avant le 1er novembre 1849, à M. J. Chérest, secrétaire général, rue Richepanse, n° 9.

C'est avec un vif sentiment de regret que nous voyons les réactions politiques s'étendre aux fonctions médicales les mieux remplies : ainsi MM. Fovelle, médecin en chef de Charenton, Petit, médecin des Eaux de Vichy, etc., ont été révoqués pour être remplacés par des confrères très-honorables sans doute, mais dont la position scientifique est loin de fournir les garanties que présentaient ces deux médecins à la confiance publique.

Les nombreuses maisons d'éducation, lycées, institutions, situés dans les quartiers de Paris occupés par les fauteurs des derniers troubles, ont inspiré au ministre de l'instruction publique la plus vive sollicitude. M. Carnot s'est fait rendre compte de l'état de ces établissements, et nous sommes heureux d'annoncer aux familles que la sécurité d'aucun élève n'a été troublée, et que pas un chef d'établissement n'a le moindre accident à déplorer.

Voici un exemple de juste sévérité : l'Académie chirurgicale de Madrid vient d'exclure de son sein le professeur de chirurgie don N. Duquez, convaincu d'avoir voulu enlever à un de ses confrères, par des moyens déloyaux, une position officielle.

M. Richond des Brus, ancien député de la Haute-Loire et médecin des Eaux de Néris, vient d'être assassiné par un individu dont on ne connaît pas le nom, mais qui aurait été porté à cet acte monstrueux par suite de son exaltation politique. Le meurtrier est aux mains de la justice.

Le corps médical vient de faire deux autres pertes regrettables, celle de M. Horeau, pharmacien en chef de l'hôpital d'Alger, et celle de M. le docteur Alp. Dupasquier, professeur à l'École de médecine de Lyon. M. Horeau était docteur en médecine et officier de la Légion-d'Honneur. Le nom de M. Dupasquier se rattache, on le sait, à la préparation du protoïodure de fer et à son emploi dans la phthisie pulmonaire.

On sait que le suc de diverses plantes naturelles, telles que la clématite, le rhus radicans, déterminent sur la peau des inflammations, et que des mendiants se sont souvent servis de ces sucs pour développer sur leurs membres des plaies factices, afin d'émouvoir la pitié publique. Le Journal de chimie nous apprend que deux conscrits du canton de Bairlemont sont prévenus de s'être fait venir des dartres par des applications irritantes, afin de se rendre impropres au service militaire. Ils ont été immédiatement écroués à la maison d'arrêt d'Avesnes, et des poursuites vont être exercées non-seulement contre eux, mais encore contre les personnes qui ont prescrit l'usage des substances employées.

A une des dernières séances de la Société d'architecture de Londres, M. Layard a communiqué une partie de ses recherches sur les ruines de l'ancienne capitale de l'Assyrie. Il a trouvé dans ces bâtiments, qui datent de 1200 ans environ avant Jésus-Christ, la preuve que les idées sanitaires étaient déjà répandues. Il existe, en effet, dans cette ville, un système complet d'égouts, et chaque appartement a un tuyau qui communique avec ces égouts. Tout fait croire que les Assyriens avaient en même temps les moyens de préserver leurs appartements contre les émanations qui devaient s'en exhaler.

Un moyen économique de ventilation des appartements consiste à faire à la partie supérieure de la cheminée une ouverture de 2 à 3 pouces de diamètre, pour ventiler une chambre entière, qu'il y ait ou non du feu allumé dans la cheminée. Cette ouverture ne fait pas fumer, au contraire elle facilite la sortie au dehors de la fumée, lorsqu'il vient à s'en produire. Cette ouverture est fermée par une plaque d'étain ou de fonte, percée à son centre, et pourvue d'une soupape ouvrant en dehors.

TABLE DES MATIÈRES

DU TRENTE-QUATRIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

F.

G.

H.

I.

K.

L.

M.

N.

O.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

FIN DE LA TABLE DU TOME XXXIV.

